

SOSIAALITURVAN

SUUNTA 2002

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Tiivistelmä

Sosiaaliturvan suunta 2002. Helsinki 2002. 201 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2002:2) ISBN 952-00-1093-9

Sosiaalimenojen BKT-suhde EU-maiden keskitasoa

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteen oli vuonna 2000 samalla tasolla kuin vuonna 1990 eli 25 prosenttia. Vuonna 2001 sosiaalimenojen arvioidaan olevan 34,4 miljardia euroa. Lisäys edellisvuodesta aiheutuu pääosin eläke- ja terveysmenojen kasvusta.

Vuonna 2002 työttömyyden arvioidaan lisääntyvän jonkin verran. Suhdanneluonteinen sosiaalimenojen kasvu jää nykyennusteiden valossa hyvin vähäiseksi. Sosiaalimenojen BKT-suhteen kohoaminen 26 prosenttiin aiheutuu talouden hitaasta kasvusta ja etuuksiin tehdyistä tarkistuksista.

Lähes kolmannes sosiaalimenoista kohdistuu vanhuuteen. Toiseksi suurin menokohde on sairaus ja terveys. Yhdessä nämä menoerät muodostavat yli puolet kaikista sosiaalimenoista. Osuus kohoaa edelleen tulevina vuosina. Työttömyysmenojen osuus pysyttelee lähivuosina 10 prosentissa. Lapsiperheiden osuus säilyy 12 prosentissa ja toimintarajoitteisuusmenojen osuus 13 prosentissa.

Euroopan unionin perussopimusta tämentävän kasvu- ja vakaussopimuksen mukaan julkisen talouden tulee olla keskipitkällä aikavälillä tasapainon tuntumassa tai ylijäämäinen. Suomen taloudellinen tilanne on varsin vakaa huolimatta tuotannon kasvun hidastumisesta vuonna 2001. Suhdannevakautta lisää työttömyysvakuutuksen puskurirahasto, joka mahdollistaa työttömyysvakuutusmaksujen alentamisen.

Vuoden 2002 valtion talousarvion loppusumma on 35,3 miljardia euroa. Talousarviossa lisättiin kuntien valtionosuuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseksi. Lisävoimavaroja ohjattiin mielenterveys-työhön, ikääntyvän väestön palveluihin, lasten ja nuorten palvelujen kehittämiseen sekä sosiaalityöhön ja avopalvelujen parantamiseen. Köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi vuoden 2002 valtion talousarvioon sisältyy ns. köyhyyspaketti, jonka yhteisvaikutus on 157 miljoonaa euroa.

Työnantajien pakolliset sosiaaliturvamaksut alenevat vuoteen 2001 verrattuna

Sosiaalimenoista pääosa tulonsiirtoja

Tulonsiirtojen osuus sosiaalimenoista kasvoi viime vuosikymmenen aikana. Taloudellisen tilanteen kohentuminen ja työttömyyden vähentyminen käänsivät vähitellen toimeentuloturvaetuuksien tarpeen laskuun. Talouden kasvun hidastuminen vuonna 2001 vaikeuttaa työllisyyden parantumista. Jos taloudellinen taantuma jää lyhytaikaiseksi, mahdollisesta työttömyyden lisääntymisestä aiheutuva tulonsiirtojen kasvu jää myös vähäiseksi. Tämä olisi erittäin tärkeää, jotta sosiaali- ja terveyspalveluille jäisi riittävästi voimavaroja. Sosiaali- ja terveyspalveluiden menojen suhde BKT:hen oli vuonna 2001 noin 3 prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1990.

Sosiaali- ja terveystalvet

Perustalveluiden rahoitus pääasiassa kuntien rahoituksen varassa

Kunnilla on keskeinen asema sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa. Kunnat rahoittavat 70 prosenttia sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksista. Valtionosuuksilla katetaan viidennessä menoista. Asiakasmaksuilla rahoitetaan loput kymmenen prosenttia.

Valtion osuus talvelujen rahoituksesta las- ki selvästi vuoden 1993 valtionosuusuu- distuksen jälkeen. Samalla kuntien rahoit- tettavaksi jäi entistä suurempi osuus. Tä- män vastapainoksi yhteisöveron tuotto ko- hensi monien kuntien kantokykyä. Viime vuosina valtionosuutta on nostettu hieman.

Sisäasiainministeriön arvion mukaan kun- tien rahoitusasema näyttää kehittyvän myönteisesti vuosina 2001-2003. Kuntien verotuloissa kunnallisverotuksen osuus kasvaa ja yhteisöverotuksen osuus piene- nee. Tämä yhdessä valtionosuusjärjestel- män ja siihen tehtyjen muutosten kanssa tasaa erikokoisten kuntien tulopohjaa.

Suomen terveydenhuollon menot edelleen alhaiset

Väestön tyytyväisyys sosiaali- ja terveystalveluihin on säilynyt edelleen hyvänä. EU-maista tehdyn selvityksen mukaan lä- hes 80 prosenttia suomalaisista on erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen maansa tervey- denhuoltoon. Luku on EU-maiden korkein (European Comission 2000) .

Suomessa terveydenhuollon kokonaisme- not olivat vuonna 1999 edelleen alle EU- maiden keskitason sekä osuutena kansan- tuotteesta (6,8 %) että asukasta kohden laskettuna. Terveydenhuollon palkkojen nousu näkyy lähivuosina menojen kasvuna. Terveydenhuollon menot ovat yleensä sitä

suuremmat mitä vauraampi maa on. Sen sijaan terveydenhuollon menot eivät näytä olevan suoraan yhteydessä yli 75- vuotiaiden väestöosuuteen. Väestön ikääntyminen ei lisää terveydenhuolto- menoja samassa suhteessa kuin väestö ikääntyy. Valtaosa terveydenhuollon me- noista kohdistuu elinajan viimeiseen puo- leen vuoteen.

Monet kunnat ovat jo useita vuosia budje- toineet terveydenhuoltomenonsa epärealis- tisen alhaisiksi. Budjetit tiedetään jo niiden hyväksymisvaiheessa alimitoitetuiksi ja määrärahat loppuvat kesken. Tämä vaike- uttaa toiminnan järkevää suunnittelua pi- demmällä aikavälillä. Liian niukat resurssit johtavat myös jonojen muodostumiseen. Yleensä jonot lisäävät kuntien kustannuk- sia pitemmällä aikavälillä.

Lääkemenojen kasvu jatkuu

Viime vuosina ovat kasvaneet sairausva- kuutuksen korvaukset lääkemenoihin. Tä- hän ovat vaikuttaneet kalliiden lääkkeiden käyttöönotto ja tulo sairausvakuutuksesta korvattaviksi, ensivaiheessa peruskorvatta- vien ja myöhemmässä vaiheessa erityis- korvattavien piiriin. Lisäksi suuret lääke- kulut ovat aiheuttaneet sen, että maksuka- ton ylittäneiden henkilöiden määrä on kas- vanut nopeasti. Lääkekorvausmenojen en- nakoidaan kasvavan vuosittain yli 10 pro- senttia.

Lääkemenojen nopea kasvu ei ole yksin Suomen ongelma. Myös muissa EU-maissa on haettu ratkaisuja lääkekustannusten hil- litsemiseksi.

Yleinen terveydentila hyvä

Terveydentilansa hyväksi kokeneiden osuus on viime vuosina pysynyt 70 pro- senttissa. Terveystensä huonoksi kokeneitten osuus on hiukan pienentynyt. Sen sijaan

päänsärky, unettomuus ja stressaantuneisuus ovat yleistyneet.

Sepelvaltimotauti on edelleen yleisin verenkiertoelinsairaus, vaikka keski-ikäisten miesten kuolevuus tähän sairauteen on vähentynyt selvästi. Syöpään sairastuvuus on pysynyt viime vuosina melko muuttumattomana. Astma, allergia ja diabetes ovat nopeasti yleistyneet, samoin mielenterveyden häiriöt. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat edelleen tärkeimpiä työ- ja toimintakyvyn heikentäjiä ja tapaturmat ennenaikaisen kuoleman ja työkyvyttömyyden aiheuttajia.

Terveystieteiden toiminnan tulokset julkiseen sektoriin

Hoidon saatavuuden, hoitokäytäntöjen sekä hoidon lopputulosten erot ovat nousseet esille yhä voimakkaammin. Tavallisimpienkin vuodeosastohoidon voimavaroja kuluttavien sairauksien hoitofrekvensseissä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on suuria eroja. Perusleikkauksissa erot ovat suurimmillaan viisinkertaisia ja harvinaisemmissa toimenpiteissä jopa kymmenkertaisia. Myös jonotusaikojen pituuksissa on huomattavan suuria eroja eri sairaanhoitopiirien kesken. Lisäksi hoidon laadussa ja tuloksellisuudessa on edelleen suuria eroja.

Koko väestö hammashuollon piiriin

Vuoden 2001 huhtikuussa julkisesti tuettu hammashuolto laajeni. Kuntien järjestämään hammashuoltoon ovat päässeet vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet. Vuoden 2002 alusta kunnalliseen hoitoon pääsevät vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet. Joulukuun alussa 2002 ikärajat poistuvat ja koko väestö on hammashuollon piirissä. Uudistus parantaa lähinnä suurten kuntien asukkaiden asemaa. Uudistuksen toteuttamiseksi kunnat ovat palkanneet lisää hammaslääkäreitä ja tehneet sopimuk-

sia yksityisten palveluntuottajien kanssa. Samalla kuntien hammashuollonpalveluja on kohennettu aiempaa tehokkaammin palveluja tarvitseville.

Sairausvakuutuksen hammashoidon korvaukset laajenivat huhtikuussa 2001 vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin. Vuoden 2002 joulukuun alussa ikärajat poistuvat.

Huumehaitat lisääntyneet

Huumeiden käyttö lisääntyi 1990-luvulla nopeasti. Suomessa arvioidaan olevan 30 000 huumeiden säännöllistä käyttäjää, joista vajaa puolet on niin sanottujen koviin huumeiden käyttäjiä. Pääosa käyttäjistä on 20-30-vuotiaita nuoria. Viimeisimpien tietojen mukaan huumeiden käytön yleistyminen ei ole enää jatkunut. Erityisesti aktiivisimmassa kokeiluiässä olevien nuorten huumeiden käytön lisääntyminen näyttää taittuneen. Vuodesta 1996 lisääntynyt huume-kuolemien määrä näyttää kääntyneen laskuun vuonna 2001. Huumerikokset kasvavat kuitenkin edelleen ja osoittavat huumeongelmien pahenemista.

Varhain aloitettu tupakan ja alkoholin käyttö ennakoi usein huumeiden kokeilukäyttöä. Kokeilukäyttö puolestaan ennakoi siirtymistä toistuvaan ja vaarallisempiin huumeiden käyttöön.

Vammaispalvelujen menot kasvaneet - palvelujen saatavuudessa myös ongelmia

Vammaispalvelujen rakenne on muuttunut avopalvelujen suuntaan. Useiden avopalvelujen ja asumispalvelujen asiakasmäärät kasvoivat koko 1990-luvun. Toisaalta palvelujen saajien määrän kehitys on vaihdellut eri palveluissa ja tukitoimissa. Vammaispalvelulain soveltamiskäytännöissä on eroja, mikä aiheuttaa vammaisten henkilöiden epätasa-arvoa. Etenkin muiden kuin subjektiivisiin oikeuksiin kuuluvien, määrärahasidonnaisten palvelujen ja tuki

muotojen saatavuudessa on ongelmia. Lisäksi kehitysvammahuollon laitoshoidon purkaminen näyttää hidastuneen.

Rahoitus tulee olemaan tärkeässä roolissa, kun pohditaan vammaispalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden edistämistä. Keskeisiä kysymyksiä ovat voimavarojen riittävyys etenkin pienissä kunnissa ja rahoitusvastuun jakaminen valtion ja kuntien kesken.

Vanhuspalveluihin tarvitaan lisää voimavaroja, laatua ja innovaatioita

Vanhuspalveluissa on tarvetta lisätyövoiman palkkaukseen. Vanhuspalvelujen määrän ja laadun turvaamiseksi tarvitaan riittävän ja koulutetun henkilöstön lisäksi uuden apuväline- ja muun teknologian mahdollisuuksien tehokkaampaa hyödyntämistä ja jatkuvaa palvelujen "tuotekehittelyä". Tavoitteena on, että myös palvelujen laatu ja asiakaskeksisyys nousevat kaikissa kunnissa keskeiseen asemaan kustannustehokkuuden lisäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoito- ja laatusuosituksilla on tehostettu vanhusten palveluja.

Vanhusten kotiin annettavat palvelut eivät ole kehittyneet samassa tahdissa kuin laitoshoidon on vähennetty. Vanhuspalvelujen keskeisimpiä haasteita on tavallisissa asunnoissa asuvien vanhusten palvelujen kehittäminen sekä kuntouttava työote kaikissa palveluissa.

Asiakasmaksupolitiikassa tarkistustarvetta

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskeviin säännöksiin on tehty vuosien mittaan monia muutoksia. Muutosten tuloksena syntynyt asiakasmaksunormisto on muodostunut hyvin vaikeaselkoiseksi sekä asiakkaille että muille osapuolille.

Maksujen muutostilanteissa on tarkasteltu useimmiten yksittäistä maksua. Yhä epäselvemmäksi on jäänyt se, edistetäänkö maksujen muutoksilla sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Ilmeistä tarvetta onkin selvittää, edistääkö maksupolitiikka sosiaali- ja terveyspolitiikalle asetettuja tavoitteita. Myös maksupolitiikan toimintaympäristön muutokset puoltavat maksupolitiikan tavoitteiden ja periaatteiden uudelleenarviointia.

Hedelmällisyysluku pysynyt ennallaan, vaikka syntyvien lasten määrä on laskenut

Viime vuonna syntyi 56 000 lasta, mikä on noin 9 000 lasta vähemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Alhainen syntyvyys selittyy pääosin sillä, että synnytysikään ovat tulleet pienet 1970-luvulla syntyneet ikäluokat. Syntyvien lasten määrä on vähentynyt varsinkin Kainuussa ja Lapissa, joista muuttoliike kasvukeskuksiin on edelleen voimakasta.

Hedelmällisyyslukumme on kuitenkin eurooppalaisittain tarkasteltuna korkea eli 1,74, kun EU-maiden keskiarvo oli 1,53 (vuosi 2000). Viime vuosien suhteellisen tasaiset hedelmällisyysluvut johtuvat verrattain suuresta toisten ja kolmansien lasten hankinnasta. Sen sijaan ensimmäisen lapsen hankkiminen on siirtynyt myöhempään ikään. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27,6 vuotta vuonna 2000.

Perhepoliittisella tuella voidaan vaikuttaa lasten syntymisen ajoitukseen, mutta ei ratkaisevasti siihen, kuinka monta lasta perheeseen hankitaan.

Työllisyys kohenee aluekeskuksissa

Työllisten määrä lisääntyi yhtäjaksoisesti vuodesta 1994 vuoteen 2000 asti, mutta vuonna 2001 kasvu pysähtyi. Työlli-

syysaste on nyt 67 prosenttia. Työllisyys on parantunut kaikissa ikäryhmissä.

Työllisyyden kasvu on painottunut eteläiseen Suomeen ja kasvukeskuksiin. Kymmenen vuoden tarkastelujaksolla ainoa alue, jossa työllisten määrä lisääntyi, oli Uusimaa, jossa työllisten määrä lisääntyi 34 000 henkilöllä vuodesta 1990. Vastavastana aikana työllisten määrä väheni sekä Lapissa että Hämeessä 22 000 henkilöllä.

Naisten aseman suurimmat muutokset työmarkkinoilla kiteytyvät kolmeen, 1990-luvulla alkaneeseen trendiin: Ensiksikin yhä suurempi osa julkisen sektorin työpaikoista on määräaikaista, ja toiseksi naisten työttömyys on noussut korkeammaksi kuin miesten. Kolmanneksi pienten lasten äitien, erityisesti yksinhuoltajaäitien työllisyys on vähentynyt enemmän kuin muiden väestöryhmien. Muutosten kielteiset vaikutukset ilmenevät erityisesti naisten heikentyneenä sosiaaliturvana ja mahdollisuutena käyttää hyväksi perhevapaita. Vähimmäisvanhempainrahaa saavien äitien osuus on noussut 6 prosentista 27 prosenttiin.

Ikääntyneiden työllisyysaste kohonnut

Yli 55-vuotiaiden työllisyystilanne on kohentunut ripeästi vuodesta 1998 alkaen. Työttömyys on vähentynyt erityisesti 55-57-vuotiailla. Osa-aikaeläkkeen yleistyminen on vähentänyt työelämästä poistumista.

Suuriin ikäluokkiin kuuluvat henkilöt eivät näytä siirtyvän eläkeputkeen samassa määrin kuin heitä edeltävät ikäluokat. Työttömäksi jäävien ikääntyneiden työntekijöiden on kuitenkin edelleen hyvin vaikea löytää uutta työpaikkaa. Työllistymisvaikeudet korostavat tarvetta tukea ikääntyneiden työssä selviytymistä, ylläpitää työpaikoilla työkyvyn ylläpitämistoimintaa (tyky) ja järjestää kuntoutusta riittävän varhain.

Eläkkeelle siirtyneiden keski-ikä on noussut hieman viime vuosina.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien osuus väestöstä pienentynyt

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden henkilöiden keski-ikä on kohonnut. Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden osuus väestöstä on pienentynyt jo pitkään. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen eläkkeiden osuus on kuitenkin kasvanut.

Osittain työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden väheneminen johtuu muun sosiaaliturvan käytöstä ja laajasta työttömyydestä. Joitakin kansantauteja kuten esimerkiksi verenpainetautiä sairastetaan aiempaa vähemmän. Tämä saattaa viitata siihen, että työkyvyttömyysriski voi alentua myös tulevaisuudessa.

Vajaakuntoisten työllistymisedellytyksiä parannetaan

Vajaakuntoisten henkilöiden työllisyystilanne on säilynyt vaikeana, vaikka yleinen työllisyystilanne on kohentunut. Vammaisuuksia saavista henkilöistä vain harvat ovat mukana työelämässä. Työllistymismahdollisuuksien parantaminen on keskeisessä asemassa, kun haetaan ratkaisuja vajaakuntoisten ja vammaisten henkilöiden taloudellisen ja sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseen. Työllistymisen tukeminen on monissa tapauksissa myös taloudellisesti perusteltua, kun otetaan huomioon työllistämisen vaihtoehtoiskustannukset.

Kaikille 16- ja 17-vuotiaille vaikeasti vajaakuntoisille nuorille turvattiin 1.9.2000 alkaen mahdollisuus ammatilliseen kuntoutukseen, jonka aikana nuorelle maksetaan henkilökohtaisen opiskelu- ja kuntoutussuunnitelman perusteella kuntoutusrahaa. Uudistus on vähentänyt olennaisesti

nuorten eläkkeelle siirtymistä. Nuorten vajaakuntoisten kuntoutus- ja koulutusmahdollisuuksia parannetaan edelleen pidentämällä kuntoutusrahan maksukautta 1.4.2002 lukien.

Kunnan sosiaalihuollon tehtäviin kuuluvia vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymistä edistäviä tukitoimenpiteitä selkeytetään. Sosiaalihuoltolakiin lisätään säännökset työllistymistä tukevasta toiminnasta ja työtoiminnasta. Työllistymistä tukeva toiminta käsittää työhön sijoittumista edistävien erityisten tukitoimenpiteiden tai työpaikan (aiemman ns. suojatyön) järjestämisen, jos henkilöllä on vaikeuksia työllistyä pelkästään työvoimapalvelujen tai työvoimapolitiittisten toimenpiteiden avulla.

Ongelmana pitkäaikainen riippuvuus toimeentulotuesta

Toimeentulotuen saajien määrä on laskenut jonkin verran viime vuosina, mutta kustannukset eivät ole olennaisesti pienentyneet. Toimeentulotuen varassa pitkään olleiden kotitalouksien taloudellinen tilanne on huonontunut. Pitkäaikaistyöttömät joutuvat entistä enemmän turvautumaan viimesijaiseen toimeentulotukeen. Toimeentulotuki-uudistuksilla on pyritty kannustamaan työn vastaanottamista sekä ottamaan paremmin huomioon lisätuen tarve lisäämällä ehkäisevää toimeentulotukea.

Tulonsiirtojen ja verotuksen tuloja tasaava vaikutus heikentynyt

Kotitalouksien väliset tuloerot ovat kasvaneet 1990-luvun puolivälistä alkaen. Tulerojen kasvun taustalla on omaisuustulojen voimakas kasvu. Erityisesti kaikkein suurituloisimmat kotitaloudet ovat lisänneet tulo-osuuttaan. Käytettävissä olevat reaalitytulot ovat kasvaneet kaikissa tulo-kymmenyksissä. Pienituloisimman kymmenyksen tulojen kasvu on kuitenkin jäänyt vaatimattomaksi.

Tulonsiirtojen tuloeroja tasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. Osittain tämä johtuu työllisyyden kohentumisesta. Työllisyyden palautuessa lähemmäs lamaa edeltänyttä tasoa yhä useamman kotitalouden tulonmuodostus perustuu jälleen omiin ansiotuloihin, mikä on ollut hyvin suotavaa kehitystä. Työllisyyden kohentuminen selittää kuitenkin vain osan kehityksestä. Joidenkin sosiaaliturvatuksien taso on jäänyt jälkeen yleisestä tulokehityksestä, vaikka monien etuuksien ostovoima on turvattu indeksisidonnaisuudella.

Pienituloisen väestön osuutta mittaava suhteellinen köyhyysaste kasvoi 1990-luvun jälkipuoliskolla. Erityisesti kasvoi pienituloisten yksinhuoltajien lukumäärä. Köyhyysasteen kasvun taustalla on osaltaan yleisen tulotason nousu, joka on nostanut köyhyysrajaa. Kiinteällä, vain hintojen muutoksella korjatulla köyhyysrajalla köyhyyden kasvu taittui 1990-luvun lopulla.

Sammandrag

Sosiaaliturvan suunta 2002 (Trender inom den sociala tryggheten 2002). Helsingfors 2000. 201 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2002:2)
ISBN 952-00-1093-9

Socialutgifternas BNP-förhållande är EU-ländernas medelnivå

År 2000 låg socialutgifternas förhållande till bruttonationalprodukten på samma nivå som år 1990, d.v.s. vid 25 procent. År 2001 beräknas socialutgifterna vara 34,4, miljarder euro. Ökningen från det föregående året orsakas huvudsakligen av pensions- och hälsoutgifternas tillväxt.

År 2002 beräknas arbetslösheten stiga något. Den konjunkturmässiga tillväxten i socialutgifterna kommer enligt de rådande prognoserna att förbli mycket låg. Att socialutgifternas BNP-förhållande stiger till 26 procent orsakas till stor del av den långsamma ekonomiska tillväxten och revideringen av förmåner.

Nästan en tredjedel av socialutgifterna är inriktade på de äldre. Det näst största utgiftsmålet är sjukdom och hälsa. Tillsammans utgör dessa utgiftsposter över hälften av alla socialutgifter. Andelen kommer alltjämt att stiga under de kommande åren. Andelen arbetslöshetsutgifter stannar kring 10 procent under de närmaste åren. Barnfamiljernas andel kvarstår vid 12 procent och de funktionshindrades vid 13 procent.

Enligt stabilitets- och tillväxtpakten som kompletterar Europeiska unionens fördrag bör den offentliga ekonomin på medellång sikt ha balanskänning eller överskott. Den ekonomiska situationen i Finland är stabil trots att produktionens tillväxt blev långsammare år 2001. Arbetslöshetsförsäkringens kassabuffert ökar konjunkturstabiliteten, vilket möjliggör en sänkning av arbetslöshetsförsäkringspremierna.

Slutsumman för statsbudgeten för år 2002 är 35,3 miljarder euro. I budgeten utökades kommunernas statsandelar för utveckling av social- och hälsovårdstjänsterna. Tilläggsresurser allokerades för mentalhygien, tjänster för den äldre befolkningen, utvecklingen av tjänster för barn och unga samt det sociala arbetet och förbättringen av den öppna servicen. För att kunna förebygga fattigdom och utslagning ingår ett s.k. fattigdomspaket, vars samverkan är 157 miljoner euro, i statsbudgeten för år 2002.

Arbetsgivarnas obligatoriska socialavgifter sjunker i jämförelse med år 2001.

Huvuddelen av socialutgifterna är inkomstöverföringar

Inkomstöverföringarnas andel av socialutgifterna har ökat under de senaste årtiondena. Då den ekonomiska situationen har förbättrats och arbetslösheten sjunkit, har behovet av utkomstskyddsförmåner så småningom börjat sjunka. Den starka avmattningen av den ekonomiska tillväxten år 2001 försvårar en förbättring av sysselsättningen. Ifall den ekonomiska nedgången blir kortvarig förblir också ökningen av inkomstöverföringens andel av socialutgifterna liten. Detta är mycket viktigt ifall att det skall bli tillräckligt med resurser kvar för social- och hälsovårdsservicen. Social- och hälsovårdstjänsternas förhållande till BNP:n var år 2001 cirka 3 procentenheter lägre än år 1990.

Social- och hälsovårdstjänsterna

Finansieringen av basservicen är beroende av kommunalbeskattningen

Kommunerna har en central ställning både i produktionen av social- och hälsovårdsservice och i finansieringen av denna. Kommunerna finansierar 70 procent av social- och hälsovårdsservicens kostnader. En femtedel av utgifterna täcks av statsandelar. De sista tio procenten finansieras med klientavgifter.

Statens andel sjönk betydligt efter statsandelsreformen år 1993. Samtidigt kvarstod en större del än tidigare för kommunerna att finansiera. Som motvikt till detta höjde samfundsskattens avkastning många kommuners bärkraft. Under de senaste åren har statsandelen höjts en aning.

Enligt inrikesministeriets estimering ser kommunernas finansiella ställning ut att utvecklas positivt under åren 2001-2003. I kommunernas skatteintäkter växer kommunalskattens andel och samfundsbeskattningens andel minskar. Tillsammans med statsandelssystemet och ändringarna som gjorts i den utjämnar detta starkt de olika stora kommunernas inkomstgrund.

Utgifterna för hälso- och sjukvård i Finland är fortfarande låga

Befolkningens tillfredsställelse vad gäller social- och hälsovårdstjänsterna är fortfarande gott. Enligt en utredning om EU-länderna är nästan 80 procent av finländarna mycket nöjda eller nöjda med sitt lands hälso- och sjukvård. Talet är det högsta bland EU-länderna (European Commission 2000).

I Finland låg de totala utgifterna för hälso- och sjukvård år 1999 fortfarande under EU-ländernas medelnivå både som andel av nationalprodukten (6,8 %) och räknat

per invånare. Under de närmaste åren kommer lönerna inom social- och hälsovården att stiga vilket ger sig i uttryck i att utgifterna ökar. Hälso- och sjukvårdsutgifterna är oftast större ju mera välmående land det är frågan om. Däremot verkar inte hälso- och sjukvårdsutgifterna stå i direkt relation till de över 75-årigas befolkningsandel. Att befolkningen åldras ökar således inte hälso- och sjukvårdsutgifterna i samma proportion som befolkningen åldras. En stor del av hälso- och sjukvårdsutgifterna faller på livstidens sista halvår.

Många kommuner har redan under flera år budgeterat sina hälso- och sjukvårdsutgifter som realistiskt låga. Man vet redan vid deras godkännande att budgeterna är underdimensionerade och anslagen räcker inte till. På lång sikt försvårar detta en resonlig planering av verksamheten. Alltför knappa resurser leder också till köbildning. Köer orsakar på lång sikt oftast flerfaldiga totalkostnader för kommunerna.

Läkemedelsutgifterna fortsätter att växa

Under de senaste åren har sjukförsäkringens ersättning av läkemedelsutgifter ökat. Ibrukttagandet av dyra läkemedel och att dessa kommit att bli ersättningsbara av sjukförsäkringen har inverkat på läkemedelsutgifternas tillväxt, i första hand inom ramen för de som är berättigade till basersättning och i ett senare skede de som är berättigade till specialersättning. Dessutom har de stora läkemedelskostnaderna resulterat i att antalet personer som överskrider avgiftstaket snabbt har ökat. Läkemedelsersättningsutgifterna beräknas årligen stiga med över 10 procent.

Att läkemedelsutgifterna snabbt har ökat är inte ett problem endast i Finland. Också i andra EU-länder har man sökt lösningar för att behärska läkemedelskostnaderna.

Det allmänna hälsotillståndet är gott

Andelen personer som ansett sitt hälsotillstånd vara gott har under de senaste åren kvarstått vid 70 procent. Andelen som ansett sin hälsa vara dålig har minskat en aning. Däremot har huvudvärk, sömnlöshet och stress blivit vanligare.

Kranskärslsjukdom är fortfarande den vanligaste av cirkulationsorganens sjukdomar, även om mortaliteten bland medelålders män på grund av denna sjukdom klart har minskat. Incidenstalet för cancer har under de senaste åren förblivit rätt oförändrat. Astma, allergi och diabetes har snabbt blivit vanligare, detsamma gäller mentala störningar. Sjukdomar i stöd- och rörelseorganen är fortfarande de viktigaste faktorerna som nedsätter arbets- och verksamhetsförmågan och olyckor är de som orsakar förtidig död och arbetsoförmåga.

Hälsovårdens verksamhetsresultat i vågskålen

Skillnaderna i tillgången till vård, vårdmetoder samt vårdens slutresultat framträder allt starkare. I vårdfrekvenserna även bland vanliga sjukdomar som förbrukar bäddavdelningsvårdens resurser finns stora skillnader vad gäller den ålders- och könsstandardiserade befolkningen. För standardoperationernas del är skillnaderna som störst femfaldiga och för de mera sällsynta åtgärdernas del t.o.m. tiofaldiga. Också i vårdköernas längd finns avsevärda skillnader mellan olika sjukvårdsdistrikt. Dessutom finns det fortfarande stora skillnader i vårdens kvalitet och resultatrikhet.

Hela befolkningen inom ramen för tandvården

I april år 2001 utvidgades den offentligt understödda tandvården. Alla som är födda efter år 1956 har haft tillgång till kommunal tandvård. Vid ingången av år 2002 fås

kommunal vård av alla som är födda år 1946 och senare. Vid ingången av december år 2002 avlägsnas åldersgränserna och hela befolkningen finns inom ramen för tandvård. Reformen förbättrar främst de invånarnas ställning som bor i stora kommuner. För att kunna förverkliga reformen har kommunerna anställt flera tandläkare och gjort avtal med privata serviceproducenter. Samtidigt har kommunernas tandvårdstjänster mera effektivt förbättrats för de som är i behov av tjänster.

I april år 2001 utvidgades sjukförsäkringens ersättning av tandvård till personer födda 1946 och senare. I december år 2002 avlägsnas åldersgränserna.

Narkotikaproblemen har ökat

Användningen av narkotika ökade snabbt under 1990-talet. I Finland finns uppskattningsvis 30 000 missbrukare som regelbundet använder droger, av vilka knappa hälften är missbrukare av s.k. hård narkotika. Största delen av missbrukarna är 20-30-åriga unga. Enligt de senaste uppgifterna fortsätter narkotikamissbruket inte längre att öka. Speciellt den ökade användningen av narkotika bland unga som befinner sig i den ålder då man aktivast experimenterar verkar ha avbrutits. Mängden narkotikadödsfall som ökat sedan år 1996 verkar ha börjat minska år 2001. Trots detta ökar antalet narkotikabrott fortfarande vilket vittnar om att narkotikaproblemen förvärras.

Användning av tobak och alkohol som börjat tidigt förutspår ofta experimentering med narkotika senare. Experimenteringen å sin del förutspår en övergång till upprepad användning samt farligare narkotika.

Utgifterna för handikappservice har ökat – i tillgången till tjänster finns också problem

Handikappservicens struktur har ändrats i riktningen av öppen service. I många av den öppna servicens och boendeservicens tjänster steg klientantalet under hela 1990-talet. Å andra sidan har utvecklingen av antalet klienter som erhåller tjänsterna varierat i olika tjänster och stödåtgärder. I tillämpningspraxisen av lagen om service och stöd på grund av handikapp råder skillnader som orsakar ojämlikhet mellan handikappade personer. Problem förekommer speciellt i tillgången på annan anslagsbunden service och andra stödåtgärder än de som hör till de subjektiva rättigheterna. Dessutom verkar det som om upplösningen av institutionsvården som hör till specialomsorgerna om utvecklingsstörda har fördröjts.

Finansieringen kommer att spela en viktig roll när man behandlar främjandet av enhetlig tillgång på handikappservice. Centrala frågor är att resurserna räcker till särskilt i små kommuner och att finansieringsansvaret delas upp mellan staten och kommunerna.

För äldre servicen behövs mera resurser, kvalitet och innovation

Inom äldre servicen finns ett behov av att anställa tilläggsarbetskraft. För att kunna trygga tjänsternas kvantitet och kvalitet för de äldre behövs förutom en tillräcklig och utbildad personal, dessutom att man mera effektivt utnyttjar de möjligheter som erbjuds av den nya hjälpmedelsteknologin och annan teknologi samt en kontinuerlig ”produktutveckling” av tjänsterna. Förutom kostnadseffektivitet är målsättningen att också servicens kvalitet och dess klientcentrering i alla kommuner når en central position.

Genom social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre har man effektiviserat servicen för de äldre.

Tjänster för äldre som ges i hemmet har inte utvecklats i samma takt som man har minskat på institutionsvården. De mest väsentliga utmaningarna för servicen för äldre är utvecklingen av tjänsterna för äldre som bor i vanliga bostäder samt att arbetet har ett rehabiliterande grepp i alla tjänster.

Förändringsbehov inom klientavgiftspolitik

Till lagarna och förordningarna om klientavgifter har många ändringar gjorts under årens lopp. Klientavgiftsnormerna som uppkommit som resultat av ändringarna har varit mycket svårbegripliga för klienter och även för andra parter. I situationer där avgifterna ändras har man oftast granskat den enskilda avgiften. Det har blivit allt oklarare om avgiftsförändringarna främjar de socialpolitiska målsättningar. Det finns också ett uppenbart behov av att klarlägga ifall avgiftspolitikerna främjar de målsättningar som tillställts social- och hälsovårdsservicen. Också ändringarna som skett i avgiftspolitikens verksamhetsmiljö talar för en omvärdering av avgiftspolitikens målsättningar och prioriteringar.

Fruktsamhetstalet är oförändrat, trots att antalet barn som föds har sjunkit

Förra året föddes 56 000 barn, vilket är cirka 9000 barn mindre än för tio år sedan. Den låga nativiteten förklaras huvudsakligen av att de små 1970-tals åldersklasserna har kommit in i barnafödande ålder. Antalet barn som föds har minskat speciellt i Kajanaland och i Lappland från vilka flyttningsrörelsen till tillväxtcentren fortfarande är stark.

Vårt fruktsamhetstal är högt i europeisk jämförelse dvs. 1,74 då det i EU-länderna var 1,53 (år 2000). De senaste årens relativt jämna fruktsamhetstal beror på den förhållandevis stora anskaffningen av andra och tredje barn. Däremot har tidpunkten då man skaffar det första barnet infallit allt senare. Förstföderskornas medelålder har stigit under de senaste åren. År 2000 var den 27,6 år.

Genom familjepolitiskt stöd kan man påverka timingen då barn föds, men inte hur många barn familjen skaffar.

Sysselsättningen stiger i de regionala centrumen

Mängden sysselsatta har ökat enhetligt från år 1994 till år 2000, men år 2001 avstannade tillväxten. Sysselsättningsgraden är nu 67 procent. Förbättringen av sysselsättningen har fortsatt i alla åldersgrupper.

Sysselsättningsökningen har framhävts i södra Finland och i tillväxtcentrumen. Under en granskningsperiod på tio år är Nyland det enda området där antalet sysselsatta har ökat. I Nyland har antalet sysselsatta ökat med 34 000 personer sedan år 1990. Under motsvarande tid sjönk antalet sysselsatta i både Lappland och Tavastland med 22 000 personer.

De största förändringarna inom arbetsmarknaderna i kvinnornas ställning har utkristalliserats i tre trender som fått sin början på 1990-talet: För det första är en allt större del av den offentliga sektorns arbetsförhållanden visstidsförhållanden och för det andra har arbetslöshetsnivån bland kvinnor stigit högre än bland männen. För det tredje har sysselsättningen bland småbarnsmammor, speciellt ensamförsörjande mammor sjunkit mer än bland övriga befolkningsgrupper. Förändringarnas negativa inverkan framträder speciellt i ett försvagat socialförsäkringsskydd för kvinnor

och sämre möjligheter att använda familjeledigheter till sin förmån. Andelen mammor som erhåller föräldrapenningens minimibelopp har stigit från 6 procent till 27 procent.

Sysselsättningsgraden bland äldre har stigit

Sysselsättningssituationen bland över 55-åringar har förbättrats i rask takt sedan år 1998. Arbetslösheten har minskat speciellt bland 55-57-åringar. Deltidspensionen, som blivit allt vanligare, har också minskat avgången från arbetslivet.

Personer som tillhör de stora åldersklasserna verkar inte förflyttas till pensionsräckan i samma mån som de tidigare åldersklasserna. Trots detta är det fortfarande mycket svårt för de äldre arbetstagarna som blir arbetslösa att finna en ny arbetsplats. Sysselsättningssvårigheterna betonar behovet av att stöda de äldre i att klara sig i arbetet, upprätthålla arbetsplatsernas verksamhet för att upprätthålla arbetsförmågan och att ordna rehabilitering i ett tillräckligt tidigt skede.

Medelåldern bland de som gått i pension har stigit en aning under de senaste åren.

Andelen av befolkningen som övergår till invalidpension har minskat

Medelåldern bland de personer som gått i invalidpension har stigit. Den andelen av befolkningen som utgörs av personer under 55 år som får invalidpension har minskat redan länge. Andelen pensioner beviljade på basis av mentala störningar har trots detta ökat.

Delvis beror minskningen i inledda invalidpensioner på användning av annan socialtrygghet och på utbredd arbetslöshet. Vissa folksjukdomar såsom till exempel blodtryckssjukdom förekommer mindre än

förut. Detta kan häntyda på att arbetslöshetsrisken kan sjunka också i framtiden.

Sysselsättningsförutsättningar för funktionshämmande förbättras

Sysselsättningssituationen för funktionshämmande personer har förblivit svår, även om den allmänna sysselsättningssituationen har förbättrats. Av de personer som erhåller handikappförmåner deltar endast en liten andel i arbetslivet. Förbättringen av sysselsättningsmöjligheterna står i en central position, då man söker lösningar för att kunna minska den ekonomiska och sociala risken för utslagning bland handikappade och funktionshämmande personer. Understöddandet av sysselsättningen är i många fall också ekonomiskt motiverat, då man tar i beaktande de alternativa kostnaderna för sysselsättningen.

För alla 16- och 17-åriga svårt funktionshämmande unga tryggades fr.o.m. 1.9.2000 möjligheten till yrkesinriktad rehabilitering, under tiden för vilken rehabiliteringspenning betalas till den unga på basis av en personlig studie- och rehabiliteringsplan. Reformen har avsevärt minskat övergången till pension bland unga. Rehabiliterings- och utbildningsmöjligheter för unga funktionshämmande förbättras vidare genom att betalningsperioden för rehabiliteringspenning förlängs fr.o.m. 1.4.2002.

Stödåtgärder för att främja sysselsättningen av handikappade och funktionshämmande personer, vilket hör till kommunens uppgifter, klarläggs. Till socialvårdslagen tilläggs bestämmelser om verksamhet och arbetsverksamhet som stöder sysselsättningen. Verksamhet som stöder sysselsättningen inbegriper specialåtgärder som främjar placering i ett arbete eller organiserandet av en arbetsplats (tidigare s.k. skyddat arbete), ifall personen har svårt att sysselsättas med hjälp av endast arbetskrafts-

servicen eller arbetskraftspolitiska åtgärder.

Långvarigt beroende av utkomststöd ett problem

Antalet mottagare av utkomststöd har sjunkit något under de senaste åren, men kostnaderna har inte väsentligen minskat. Den ekonomiska situationen bland personer som länge varit beroende av utkomststödet har försämrats. Långtidsarbetslösa blir allt oftare tvungna att tillgripa det utkomststöd som beviljas i sista hand. Med utkomststödsreformen har man strävat efter att uppmuntra till att ta emot arbete samt att bättre ta i beaktande behovet av tilläggsstöd genom att öka utkomststöd i förebyggande syfte.

Den utjämnande effekten av inkomstöverföringar och skatter har försvagats

Inkomstskillnaderna mellan hushåll har stigit sedan mitten av 1990-talet. Bakom de ökade inkomstskillnaderna finns kapitalinkomsternas starka tillväxt. Speciellt de hushåll som har de största inkomsterna har ökat sin inkomstandel. De disponibla realinkomsterna har stigit i alla inkomstdeciler. Inkomstökningen i den decil som har den lägsta inkomsten har dock förblivit anspråkslös.

Den utjämnande effekten som inkomstöverföringarna hade på inkomstskillnaderna har försvagats efter mitten av 1990-talet. Detta beror delvis på att sysselsättningen stigit. Då sysselsättningen åter närmar sig nivån före den ekonomiska nedgången baserar sig allt flera av hushållens inkomstbildning igen på de egna förvärvsinkomsterna, vilket har varit en mycket gynnsam utveckling. Den förbättrade sysselsättningen förklarar dock endast en del av utvecklingen. Nivån på vissa förmåner har blivit efter i den allmänna inkomstutvecklingen,

även om köpkraften hos många förmåner har tryggats genom indexbundenhet.

Den proportionella fattigdomsgraden som anger andelen av låginkomsttagare steg under 1990-talets senare hälft. Speciellt antalet ensamförsörjare med låg inkomst

steg. Ökningen i fattigdomsnivån kan delvis förklaras med uppgången i den allmänna inkomstnivån vilket har höjt fattigdomsgränsen. Med en fast fattigdomsgräns som justerades endast genom prisändringar bröts fattigdomstillväxten i slutet på 1990-talet.

Esipuhe

Kun edellinen sosiaaliturvan suunta julkaistiin runsas vuosi sitten, näyttivät taloudelliset lähtökohdat erinomaisilta. Nyt taloudessa on lievä taantuma ja jälleen joudutaan pohtimaan, kuinka paljon meidän on panostettava ja kuinka paljon meillä on varaa sijoittaa sosiaaliseen turvallisuuteen. Eri tiedustelujen mukaan kansan enemmistön mielipide on selvä: nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut on säilytettävä, vaikka se merkitsisikin korkeampaa verotusta. Taustalla ovat ilmeisesti 1990-luvun alun kokemukset ja niistä selviytyminen tasokkaan sosiaaliturvan avulla.

Euroopan unionin taloudellinen integraatio täydentyi, kun yhteinen raha euro tuli maksuvälineeksi 1.1.2002. Kansalaiset haluavat Euroopan unionille myös vahvemman sosiaalisen identiteetin. Vastauksena tähän EU-tasolla on tehty niin sanotun avoimen koordinaation puitteissa uudenlaista yhteistyötä muun muassa köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen voittamiseksi. Tässä julkaisussa on lyhyt kuvaus tästä yhteistyöstä.

Sosiaaliturva on ymmärretty yhä laajemmin positiiviseksi investoinniksi myös yritysten kannalta. Hyvä sosiaaliturva tukee talouden kestävästä kasvusta ja tasapainossa oleva talous on puolestaan laadukkaan sosiaaliturvan edellytys. Suomi on eri kilpailukykykyselytysten mukaan aivan maailman huipulla. Yhtenä selityksenä tähän on toimiva ja tehokas sosiaaliturva, joka on yksi sosiaalisen pääoman peruspilari. Tähän lähtökohtaan nojautuu myös vuonna 2001 julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön strategia, jossa punaisena lankana ovat seuraavat neljä linjausta:

- Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen
- Työelämän vetovoiman lisääminen
- Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito
- Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Edellä mainitut sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset edistävät sekä taloudellista kasvua että vakauttavat talouden toimintaa. Vakiintuneissa sosiaaliturvajärjestelmissä taloudellisen taantuman aikana sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen yleensä kohoaa ja vastaavasti nousukauden aikana laskee. Täten sosiaalimenojen bruttokansantuotesuhteen muutaman prosenttiyksikön vaihtelu ei yleensä merkitse sosiaaliturvan tason muuttumista.

Suomessa työllisyysaste on nyt 7 prosenttiyksikköä pienempi kuin 1990-luvun alussa. Tämä on merkinnyt sitä, että indekseihin sidotut etuudet ovat säilyttäneet reaalisensa, mutta sitomattomat etuudet kuten lapsilisät ovat menettäneet ostovoimaansa. Myös palveluihin panostetaan vähemmän, mikä näkyy terveysmenojen kansainvälisesti pienenä BKT-suhteena. Näiden menojen pienuus syö Suomen taloudellista kasvupotentiaalia. Näyttää ilmeiseltä, että lähivuosina meidän on panostettava nykyistä enemmän voimavaroja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kehittämiseen.

Väestön ikääntymisen takia paineet vanhustenhuollon menojen lisäämiseen ovat ilmeiset, mutta eivät niin suuret kuin pelkkä vanhusten osuuden kasvu antaisi ymmärtää. Vanhusten parempi toimintakyky ja tehokkaammat avopalvelujärjestelmät hidastavat menojen kasvua. Erityisen tärkeää on ratkaista palvelujen rahoitukseen

liittyvät kysymykset, sillä väestön ikä-
kenne-erot maan eri osien välillä tulevat
kasvamaan. Tällöin on turvattava verora-
hoituksen mahdollisuudet sekä osattava oi-
kealla tavalla kehittää maksujärjestelmiä.
Tässä julkaisussa on pohdittu maksupoli-
tiikan kehittämisen lähtökohtia.

Sosiaaliturvan suunta –julkaisusta vastaa
pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriön
talous- ja suunnitteluosasto. Julkaisun te-
kemiseen osallistuneet asiantuntijat on
lueteltu seuraavalla sivulla.

Helsinki, maaliskuu 2002

Kari Välimäki
Ylijohtaja, osastopäällikkö

Sosiaaliturvan suunta 2002 asiantuntijat

Erikoistutkija Anita Haataja
Finanssisihteeri Tiina Heino
Neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén
Erikoistutkija Ilari Keso
Finanssisihteeri Lars Kolttola
Apulaisosastopäällikkö Rolf Myhrman
Finanssisihteeri Arto Mynttinen
Ylitarkastaja Anne Raassina
Finanssisihteeri Arto Salmela
Ylitarkastaja Markus Seppelin
Erikoistutkija Pekka Sirén
Neuvotteleva virkamies Ismo Suksi
Erikoistutkija Riitta Sääntti
Policy Advisor Lawrence Wakeham

Raportin laatimista johti apulaisosastopäällikkö *Rolf Myhrman*. Toimitustyöstä vastasi erikoistutkija *Riitta Sääntti*. Toimistosihiteeri *Päivi Ahtialansaari* viimeisteli kuviot. Julkaisun ulkoasun suunnitteli ja toteutti julkaisusihiteeri *Heli Ulmanen*

Sisällysluettelo

1. Sosiaaliturvan talous ja toimintaympäristö	25
1.1 Sosiaalimenojen kehitys	25
1.2 Elatussuhteen kehitys.....	26
Sosiaalimenojen sopeutuminen työttömyyteen.....	27
Pääomatulojen osuus kansantulosta kasvanut.....	30
1.3. Sosiaalimenojen rahoitus	31
1.4. Julkisen sektorin kehitys ja sosiaalipolitiikka	33
Vuoden 2002 valtion talousarvioesitys ja sosiaalipolitiikka.....	34
Kunnallistalous	35
1.5. Sosiaaliturvaan kohdistuvat kansainväliset paineet	39
2. Sosiaalimenot kohderyhmittäin	42
2.1. Sairaus ja terveys.....	45
Suomen terveydenhuollon menot EU-maiden keskitasoa	45
Lääkemenojen kasvu jatkuu.....	47
Yleinen terveydentila hyvä	48
Suomalaiset tyytyväisiä terveyspalveluihin	48
Päihdehaitat lisääntyneet.....	49
Huumeiden käyttöön puututtava heti - nuoren huumeongelman hoito kannattaa aina...	49
Lasten ja nuorten psykiatrian palveluita lisättiin määrärahan turvin	50
Terveyden eriarvoisuus haasteena.....	51
Terveyspalvelujen saatavuus vaihtelee alueittain	51
Terveyteen panostaminen on investointi tulevaisuuteen	52
Hammashuolto laajenee koko väestöön.....	52
Uusia lääkekorvausmalleja pohdittavana.....	52
Terveydenhuollon uudistushankkeita	53
Maksukaton ylitti lähes 70 000 henkilöä	54
Terveysmenojen rahoitus	54
2.2. Toimintarajoitteisuus	58
Tavoitteena ikääntyvien ja vajaakuntoisten työllisyysasteen kohottaminen.....	58
Työelämässä pysymistä edistäviä toimia	59
Työmarkkinaosapuolten sopimus eläkejärjestelmien kehittämisestä	60
Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke väylinä pois työelämästä.....	61
Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien osuus väestöstä pienentynyt	66
Mielenterveyden häiriöt yhä useammin työkyvyttömyyseläkkeen syynä	67
Työkyvyttömyyseläkkeiden taso nousee hitaasti	69
Uusien vammaistukien määrä kasvussa.....	70
Vajaakuntoisten matala työllisyysaste lisää riippuvuutta sosiaaliturvasta.....	70
Uusia työllistymisreittejä avoimille työmarkkinoille.....	73
Nuorille kuntoutusta eläkkeen sijasta	74
Eläkkeen lepäämään jättämisen edellytyksiä parannetaan.....	76
Oikeus sairauspäivärahaan laajenee.....	76
Vammaispalvelujen menot kasvaneet - palvelujen saatavuudessa myös ongelmia.....	76
Kuljetuspalveluja kehitetään.....	80

Henkilökohtainen avustaja -järjestelmässä laajentamistarpeita.....	80
Kehitysvammaiset ja heidän omaisensa ikääntyvät	81
Palveluohjauksesta tukea vammaisten lasten perheille.....	82
Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitus.....	82
2.3. Vanhuus.....	85
Ikärakenteen vanheneminen lisää vanhuusmenoja	85
Vanhuuseläkkeiden kehitys.....	86
Osa-aika eläkkeet lisääntyneet nopeasti.....	87
Vanhuuseläkkeitä koskevia uudistusehdotuksia	89
Eläkeikäisten toimintakykyä voidaan edelleen parantaa.....	90
Vanhuspalveluihin tarvitaan lisää voimavaroja ja innovaatioita	91
Vanhusten hoitoa ja palveluja koskevaa informaatio-ohjausta tehostetaan.....	92
Laitoshoidossa olevien vanhusten osuus pienentynyt.....	93
Kotiin annettavissa palveluissa ja palveluasumisessa kohentamistarpeita	95
Omaishoidon asemaa punnittava	97
Vanhuusmenojen rahoitus.....	100
2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva	103
Perhe-eläkkeen saajat iäkkäitä naisleskiä	103
Perhe-eläkkeellä suurempi merkitys naisille.....	103
Iäkkäiden yksin asuvien naisten tulot alhaiset	105
Rahoitus	105
2.5. Perheet ja lapset.....	106
Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille.....	106
Tuki lapsiperheille vähentynyt.....	108
Alle kolmevuotiaat hoidetaan pääasiassa kotona, isommat päivähoidossa	110
Päivähoidon tarve vähenee	110
Koululaisten iltapäivähoitopaikkoja liian vähän.....	113
Päivähoidon maksuihin muutoksia	113
Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia.....	113
Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut edelleen	114
6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001.....	114
Työryhmä ei kannattanut oppivelvollisuus iän alentamista.....	114
Kokemuksia lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä.....	115
Työryhmä ehdotti lapsilisän tason tarkistamista	116
Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen paranee.....	117
Voidaanko perhepolitiikalla vaikuttaa syntyvyyteen	118
Perherakenteet muuttuvat – tarvitaanko lainsäädännöllisiä muutoksia	123
Perhepoliittisten menojen rahoitus.....	124
2.6. Työttömyys.....	126
Työttömyysmenot kasvavat vuonna 2002.....	126
Työttömyyspäivärahoihin korotuksia.....	126
Työllisyysasteen nousu pysähtynyt	128
Ikääntyvien työllisyys alkanut parantua	129
Etuuksiin muutoksia eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi.....	130
Pitkäaikaistyöttömyys ja työmarkkinoilta syrjäytyminen	131
Aktiivinen työvoimapolitiikka	133
Naisten asema työmarkkinoilla muuttunut	133
Työttömyysmenojen rahoitus.....	136

2.7. Asumisen tukeminen	139
Asumismenot nousseet muita kustannuksia nopeammin.....	139
Asumisen tuki vähentynyt.....	140
Asumisen tuki tarpeeseen	141
Asumistukien rahoitus	143
2.8. Toimeentulotuki.....	144
Toimeentulotuki viimesijaisena toimeentuloturvaetuutena	144
Toimeentulotuen saajat vähentymässä hitaasti	144
Toimeentulotuen tarpeen pitkäaikaistuminen	146
Toimeentulotuen myöntöedellytyksiin tarkennuksia	148
Ehkäisevän toimeentulotuen lisääminen.....	148
Toimeentulotuki ja aktivoivat toimenpiteet.....	148
Toimeentulotuen ja ansiotulojen yhteensovittaminen	149
Toimeentulotuen rahoitus	149
3. Sosiaali- ja terveystalvet	151
3.1. Väestön ja asiakkaiden näkemykset palveluista.....	151
3.2. Palvelujen kustannukset ja tuotanto	152
Lääkärilakon seurausvaikutukset alkaneet näkyä	153
Yksityisen sektorin laajentumia	153
RAY:n avustusten jakoon huomiota	153
Laboratoriotoininnan ylikapasiteetti	154
Usean rahoituslähteen selvitystarvetta	154
Ostopalvelutoiminnan ajallinen ja toiminnallinen laajentuminen	154
Laatu- ja muut suositukset yleistyvät.....	155
Toiminnan tulokset julkiseen puntariin	155
Tietoteknologiaan panostettu	156
Työvoiman saatavuuden varmistamiseen huomiota	157
Osaamiskeskukset käyntiin.....	157
3.3. Maksupolitiikan rooli palvelujen rahoituksessa.....	158
3.3.1. Lähtökohtia	158
3.3.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan nykytila	160
3.3.3. Erilaiset maksutyypit ja niiden vaikutukset	161
3.3.4. Maksuihin liittyviä erityiskysymyksiä	162
Maksujen ja omavastuuosuuksien taso ja kasautuminen avohoidossa.....	162
Maksukatot	164
Tulosidonnaiset maksut ja tuloloukut	164
Avo- ja laitoshoidon maksujen erot.....	165
Maksut ja palvelusetelimallit.....	166
Maksujen kunnittaiset erot	167
Yksilön vai perheen tuloihin perustuvat maksut?	167
Vammaisten asumispalvelut.....	168
Uusien palvelumuotojen maksut	168
Varallisuuden huomioon ottaminen	169
3.3.5. Yhteenveto	169
4. Tulonjako	172
Tuloerot kasvaneet nopeasti.....	172
Tulokehitys epätasaista	173

Omaisuustulot kasvattaneet tuloeroja	174
Tulonsiirtojen tavoitteissa ja kohdentumisessa suuria eroja.....	174
Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri	176
Tulokehitys eri ikäryhmissä	177
Perhetyyppien sisäiset tuloerot kasvaneet.....	178
Köyhyysaste uudelleen kasvussa?.....	181
Asumismenot, köyhyys ja toimeentulo-ongelmat.....	186
Ylivelkaantuneiden määrä laskussa	188
Tuloerot kansainvälisesti verrattuna	190
5. Köyhyys ja syrjäytyminen Suomessa sekä Euroopan unionissa.....	194
Syrjäytymisen ja köyhyyden vastainen taistelu Suomessa universaalien sosiaalipolitiikan avulla.....	195
Työn ensisijaisuus ja pitkäaikaistyöttömyyden pysyvyys	196
Haavoittuvassa asemassa olevat tarvitsevat kohdennettua tukea.....	197
Köyhyyden ja syrjäytymisriskin alaiset nuoret	197
Asunnottomat ja mielenterveysongelmista kärsivät	199
Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaiset erilaiset toimintastrategiat.....	200
LIITTEET.....	203

1. Sosiaaliturvan talous ja toimintaympäristö

Euroopan talous- ja rahaliitto (EMU) aloitti toimintansa 1.1.1999 ja talouksien integraatio täydentyi, kun yhteinen raha euro tuli maksuvälineeksi 1.1.2002. Talous- ja rahaliiton muodostavat Suomen ohella yksitoista Euroopan unionin jäsenmaata. Ulkopuolella ovat Iso-Britannia, Ruotsi ja Tanska. EMU:n toiminnan keskiössä ovat sisämarkkinat neljine vapauksineen - tavaroiden, palvelusten, työvoiman ja pääoman vapaa liikkuminen. Talous- ja rahaliitossa korostuvat kilpailutekijät kuten huolehtiminen työelämän vetovoimasta ja inhimillisten voimavarojen täysmääräisestä hyväksikäytöstä.

Rahapolitiikka hoidetaan Euroopan unionin tasolla ja sen keskeisenä tavoitteena on hintavakaus. Finanssipolitiikka on kansallisessa päätösvallassa, mutta sitä ohjaavat Amsterdamin kasvu- ja vakaussopimuksen ehdot. Ne liittyvät sekä valtiontalouden että koko julkisen talouden vakauteen. Kasvu- ja vakaussopimuksen sitovuus mitataan taloudellisessa taantumassa. Mahdollisessa taantumassa on muistettava, että terve ja toimintakykyinen väestö on taloudellisen kehityksen edellytys.

1.1 Sosiaalimenojen kehitys

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli vuonna 2000 samalla tasolla kuin vuonna 1990 eli 25 prosenttia. Talouslaman ollessa syvimmillään vuonna 1993 sosiaalimenojen suhde BKT:hen kohosi liki 35 prosenttiin erityisesti BKT:n alenemisen ja työttömyysturvamenojen kasvun takia. Tämän jälkeen voimakas talouskasvu ja toiminnan tehostuminen palautti suhteen vuoden 1990 tasolle (kuvio 1).

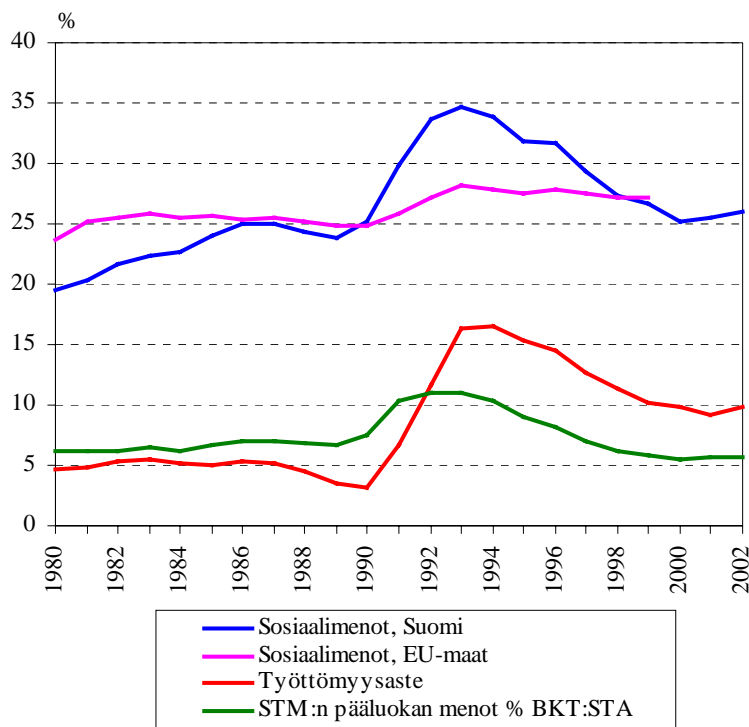
Tuotannon kasvu taantui nopeasti vuoden 2001 aikana. Talouskehityksen heikentyessä sosiaalimenojen suhde BKT:hen alkaa kasvaa. Sosiaaliturva toimii talouden va-

kauttajana. Sen tehtävänä on väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä toimivien palvelujen turvaaminen. Sosiaaliturva myötävaikuttaa Suomen säilymiseen myös taloudellisen taantuman aikana elinvoimaisena, toiminnaltaan tehokkaana ja dynaamisena yhteiskuntana.

Vuonna 2001 sosiaalimenojen arvioidaan olevan 34,4 miljardia euroa eli 25,4 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Vuoteen 2000 verrattuna sosiaalimenot kasvoivat 1,4 miljardia euroa. Lisäys aiheutuu pääosin eläke- ja terveystenonien kasvusta. Reaalisesti sosiaalimenot kasvoivat vain 1,5 prosenttia vuonna 2001. Tuotannon hidastuminen ei vielä heijastunut työllisyyteen, sillä työllisyysaste kohosi edellisestä vuodesta 1 prosenttiyksiköllä eli 67 prosenttiin.

Vuonna 2002 työllisyysasteen arvioidaan säilyvän lähes ennallaan. Sen sijaan työttömyysaste kohoaa jonkin verran. Tuotannon kasvun oletetaan vauhdittuvan 1½ prosenttiin vuonna 2002. Suhdanneluonteinen sosiaalimenojen kasvu jäisi nykyennusteiden valossa hyvin vähäiseksi. Sosiaalimenojen kansantuoteosuuden nousu johtuukin suurelta osin tuotannon hitaasta kasvusta. Sosiaalimenojen suhde BKT:hen kohoaa vuonna 2002 puoli prosenttia eli 25,9 prosenttiin. Jos Suomen talouden kasvu elpyy 3 prosenttiin vuonna 2003, sosiaalimenojen BKT-suhde pysyy ennen lamaa vallinneella tasolla. Jos taas talouden kasvu säilyy vaatimattomana myös vuosina 2003-2004, sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen alkaa kasvaa. Hitaankin taloudellisen kasvun vallitessa sosiaalimenojen kasvu jää lähivuosina selvästi hitaammaksi kuin 1990-luvun alkupuoliskolla.

Kuvio 1. Sosiaalimenot Suomessa ja keskimäärin EU-maissa sekä STM:n pääluokan budjettimenot suhteessa BKT:seen ja työttömyysaste Suomessa vuosina 1980-2002

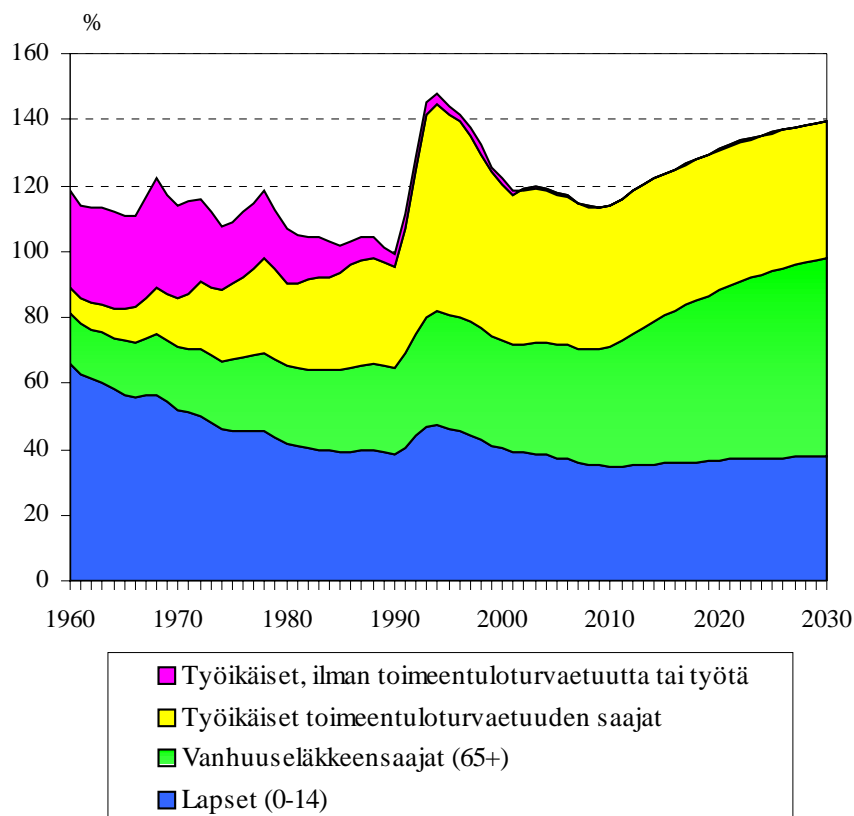


Vuonna 2001 valtion talousarvion sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan menojen nimellinen lisäys lisäbudjetteineen edelliseen vuoteen verrattuna oli 5 prosenttia. Vuoden 2002 talousarviossa menot kasvavat nimellisesti myös 5 prosenttia. Lisäykset kohdistuvat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin ja sairausvakuutukseen. Valtionosuuksien kasvu johtuu pääasiassa lakisääteisistä tarkistuksista, kunnallistalouden vakauden lisäämiseksi tehdyistä siirroista sekä esitetyistä lisävoimavaroista hyvinvointipalvelujen parantamiseen. Sairausvakuutusmenojen lisäys aiheutuu lähinnä maksutuottojen supistumisesta sekä kasvaneista lääkemenoista.

1.2 Elatussuhteen kehitys

Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta (kuvio 2). Työllisyyden nopea alentuminen heikensi elatussuhdetta 1990-luvun alkupuoliskolla. Lamavuosina työllisyys ja työttömyys seurasivat tuotannon kehitystä samoin lainalaisuuksin kuin edeltävinä vuosikymmeninä. Työttömyysasteen pieneminen näyttäisi edellyttävän vähintään 2 prosentin talouskasvua.

Kuvio 2. Elatussuhde ja sen komponentit: Kehitys vuosina 1960-2001 sekä projektio vuoteen 2030, prosenttia työllisistä



Työllisyyden jyrkkä alentuminen 1990-luvun alussa johti julkisen talouden ja etenkin valtiontalouden syviin alijäämiin, mitkä pakottivat tekemään leikkauksia myös sosiaali- ja terveyssektorilla. Nämä vahvistivat julkisen talouden vakautumista 1990-luvun lopulla. Yritystalous elpyi, mutta köyhyys ja syrjäytyneisyys lisääntyivät. Tämä on näkynyt muun muassa perheiden ja lasten kasvavina sosiaalisina ja psyykkisinä ongelmina.

Työelämään taloudellisen taantuman aikana astunut ikäluokka joutui erityisesti kärsimään työttömyydestä. Lisäksi on olemassa viitteitä siitä, että kyseisen ikäluokan asema työmarkkinoilla on jäämässä heikommaksi kuin niillä, jotka ehtivät varmistaa asemansa työmarkkinoilla ennen lamaa tai niillä, jotka siirtyivät laman jälkeen työelämään ilman pitkäaikaisen tai toistuneen työttömyyden painolastia.

Sosiaalimenojen sopeutuminen työttömyyteen

Huolimatta siitä, että työttömyysaste on lähes puolittunut vuodesta 1994, se on edelleen yli 9 prosenttia. Korkea työttömyys yhdessä varhaisen eläkkeelle siirtymisen kanssa lisää sosiaalimenoja.

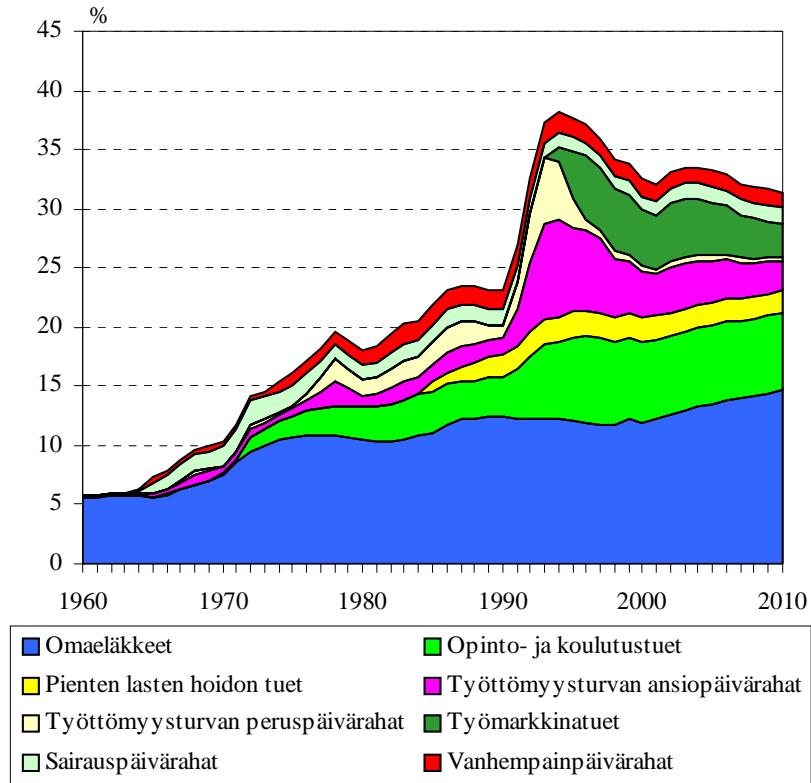
Suomi pyrkii saavuttamaan EU:n 15-64-vuotiaille asettaman 70 prosentin työllisyysastetavoitteen ja erityisesti 55-64-vuotiaille asetetun 50 prosentin työllisyysastetavoitteen. Tähän on hyvät mahdollisuudet, mikäli nykyinen taantuma jää notkahdukseksi.

Vuonna 2001 työttömiä oli tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan keskimäärin 238 000 henkeä (9,2 %). Määrä aleni edellisestä vuodesta vajaalla 15 000 hengellä. Nopea talouden kasvu lisäsi työvoiman kysyntää erityisesti yli 50-vuotiaiden ja alle 25-vuotiaiden ikäluokis

sa. Työllisyyden alueellisessa kehityksessä ei ole tapahtunut tasoittumista. Työttömyys on pitkälti alueellista ja rakenteellista, minkä takia siihen eivät pure tavanomaiset talous- ja työvoimapolitiittiset keinot.

Työttömyys lisäsi sosiaaliturvaetuuksien tarvetta ja käyttöä 1990-luvun aikana (kuvio 3). Tulonsiirtojen osuus sosiaalimeinoista kasvoi. Sosiaaliturvaetuudet, joiden tarkoituksena on auttaa yksilöitä ja perheitä tilapäisissä riskitilanteissa, ovat muodostuneet pitkäaikaisiksi toimeentulon lähteiksi.

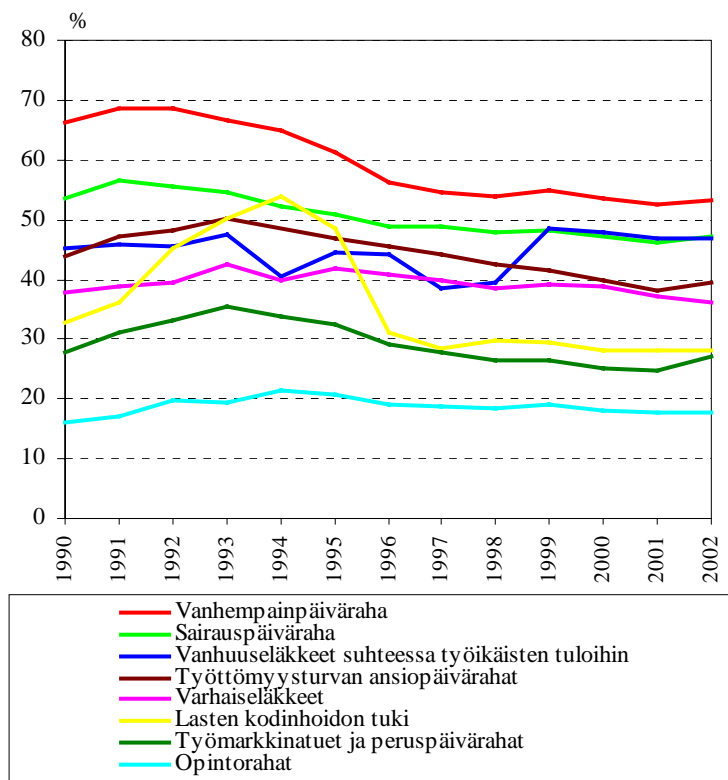
Kuvio 3. Työikäisten etuudensaajien osuus työikäisistä vuosina 1960-2001 sekä projektio vuoteen 2010, prosenttia



Taloudellisen tilanteen kohennettua ja työttömyyden vähennettyä toimeentuloturvaetuuksien tarve on vähitellen kääntynyt laskuun. Talouden kasvun äkillinen hidastuminen aikaisemmalla kasvutrendiltään vuosina 2001 ja 2002 hidastaa työllisyyden parantumista ja lisää työttömyyttä. Jos taloudellinen taantuma jää lyhytaikaiseksi, tulonsiirtojen osuuden kasvu sosiaalimeinoista jää vähäiseksi. Sosiaali- ja terveyspalveluille tarvitaan lisää voimavaroja. Palvelumenojen suhde BKT:hen oli vuonna 2001 noin 3 prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1990.

Sosiaalimenot sopeutuivat 1990-luvulla myös etuustasolla julkisen talouden vakauttamisvaatimuksiin. Kun etuustasoa mitataan suhteessa samanikäisten keskipalkkaan, on korkein suhteellinen etuustaso vanhempainrahan saajilla. Heilläkin etuustaso on runsaat puolet vastaavan ikäisen palkasta (kuvio 4). Suhteellinen etuustaso on alin opintorahan saajilla. Useimmat etuudet laskivat suhteessa palkkoihin 1990-luvulla.

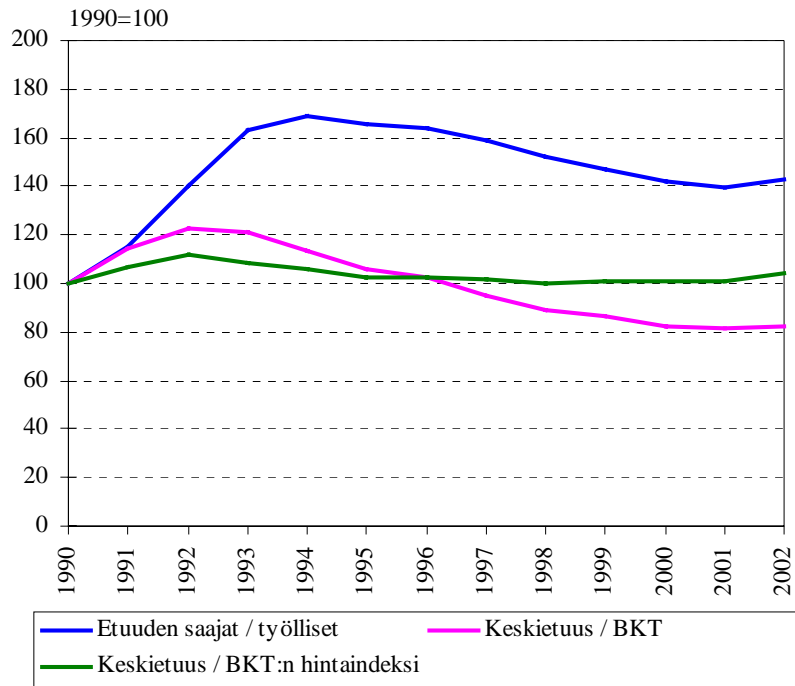
Kuvio 4. Eräiden eläkkeiden ja päivärahojen kehitys suhteessa saman ikäisten työssä käyvien henkilöiden keskipalkkoihin vuosina 1990-2002, prosenttia



Työllisyyden heikkeneminen näkyy siten, että keskimääräiset etuudet ovat kehittyneet selvästi hitaammin kuin bruttokansantuote, mutta samaa tahtia hintojen kehityksen kanssa (kuvio 5). Parhaiten ovat

säilyttäneet arvonsa tulosidonnaiset etuudet kuten eläkkeet, heikoimmin ne etuudet, joita ei ole sidottu mihinkään indeksiin kuten vanhempainpäivärahan vähimmäistaso.

Kuvio 5. Keskimääräisten toimeentuloturvaetuuksien (eläkkeet ja päivärahat) suhde BKT-kehitykseen ja etuudensaajien suhde työllisiin vuosina 1990-2002



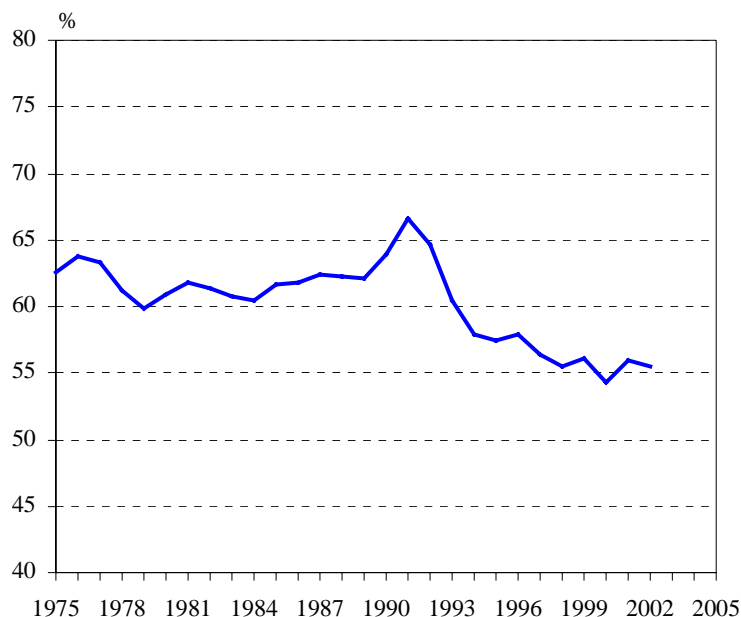
Pääomatulojen osuus kansantulosta kasvanut

Funktionaalinen tulonjako muuttui 1990-luvulla selvästi pääomatulojen hyväksi. Palkkojen ja työnantajan sosiaaliturvamaksujen osuus arvonlisäyksestä on laskenut 10 prosenttiyksikköä, 55 prosenttiin (kuvio 6). Viimeksi palkansaajakorvausten osuus oli yhtä alhainen 1950-luvulla. Funktionaalisen tulonjaon muutos selittyy alhaisella työllisyydellä ja työn korkealla tuottavuudella. Tuottavuuden kasvu on ollut erittäin nopeaa informaatioteknologian sektorilla, jonka suhteellinen osuus kansantuotteesta kasvoi erittäin nopeasti 1990-

luvulla. Lisäksi vuoden 1993 yritysverouudistus laajensi oleellisesti yritys- ja pääomatuloveropohjaa samalla kun yritysverokantaa alennettiin. Tänä päivänä yritykset näyttävät tuloslaskelmissaan enemmän voittoa kuin ennen yritysverouudistusta.

Funktionaalinen tulonjako vaikuttaa sosiaalimenojen rahoitukseen. Useat etuudet määräytyvät työtulojen perusteella. Myös verotulojen osuus bruttokansantuotteesta on vähitellen alkanut pienentyä. Tämä johtuu pääomatulojen matalammasta veroasteesta verrattuna työtulojen veroasteeseen.

Kuvio 6. Palkkojen ja työnantajan sosiaaliturvamaksujen osuus bruttoarvonlisäyksestä vuosina 1975 – 2002, prosenttia



1.3. Sosiaalimenojen rahoitus

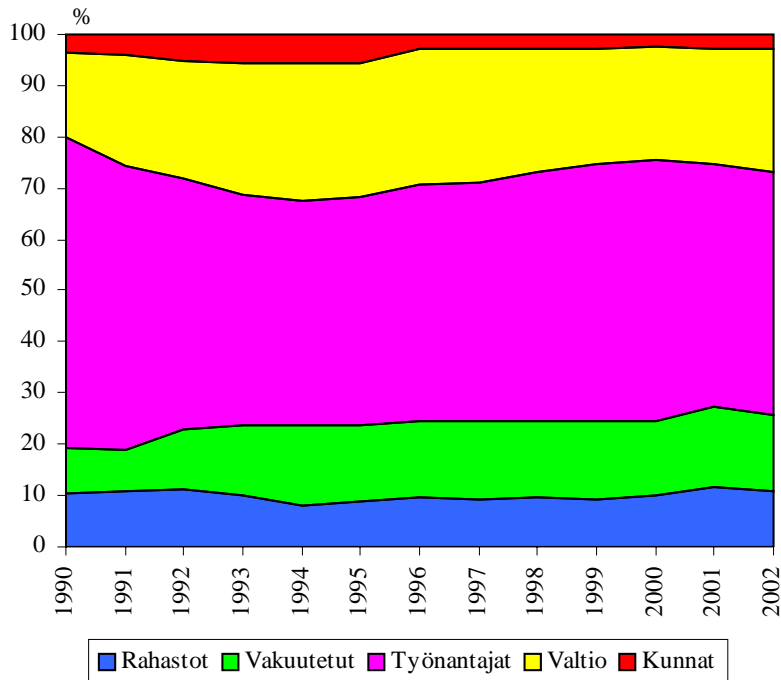
Työnantajien osuus sosiaaliturvan rahoituksesta laski lamavuosina, kun työnantajien maksuja alennettiin. Samalla sekä työllisten määrä että maksujen perusteena oleva palkkasumma pienenivät. Työllisyyden kohentuessa on työnantajien osuus sosiaaliturvan rahoituksesta vastaavasti kasvanut. Työnantajien työeläkemaksu on myös hienon noussut. Vakuutettujen osuus on kasvanut selvästi vuodesta 1992, kun palkansaajien työttömyysvakuutusmaksu ja yritysten työntekijöiden työeläkemaksu otettiin käyttöön. Valtio rahoittaa lähinnä perusturvaa. 1990-luvun lamavuosina valtion rahoittama

osuus nousi nopeasti työttömyyden myötä. Vuonna 2002 valtion menot uhkaavat jälleen nousta, jos työttömyys lisääntyy.

Rahana maksettavien toimeentuloturvaetuuksien ja sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitusrakenteet eroavat toisistaan suuresti. Työnantajat, vakuutetut ja valtio rahoittavat pääosan toimeentuloturvaetuuksista. Kuntien merkitys toimeentuloturvan rahoituksesta on vähäinen. Kuntien ainoat merkittävät toimeentuloturvan rahoituskohteet ovat toimeentulotuki ja pienten lasten hoidon tuet (kuvio 7).

Taulukko 1. Sosiaalimenojen rahoitus 1990-2002, mrd €

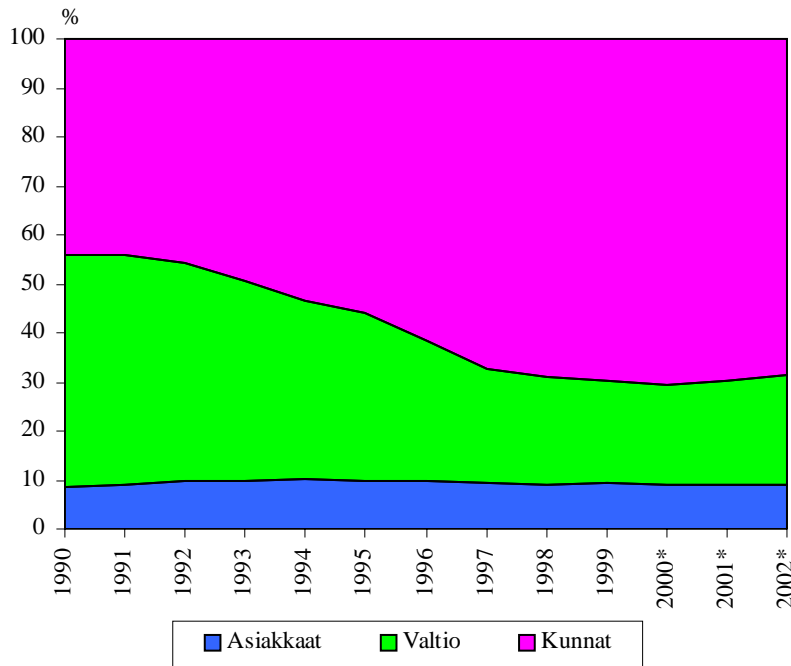
Vuosi	1990	1994	1996	1998	1999	2000*	2001**	2002**
Valtio yhteensä	6,5	10,1	9,9	9,2	8,9	8,9	9,1	9,8
- budjettimenot pl. valtionosuudet ja takuusuoritukset	6,2	6,7	6,3	6,3	6,1	5,9	5,8	6,2
- valtionosuudet kunnille	0,0	3,1	3,1	2,2	2,2	2,2	2,4	2,5
- takuusuoritukset ja budjetin ulkopuoliset erät	0,3	0,4	0,5	0,7	0,7	0,8	0,9	1,1
Kunnat yhteensä	4,0	5,2	5,7	6,5	6,8	7,1	7,3	7,6
Työnantajat yhteensä	11,4	11,3	12,3	13,2	13,5	14,0	15,1	15,6
- vakuutusmaksut	9,2	8,7	9,5	10,3	10,7	11,1	12,3	12,8
- veroluonteiset maksut	0,7	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,2	1,4
- työhön liittymättömät työnantajamaksut	1,5	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,4
Vakuutetut yhteensä	2,1	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5	4,8	4,8
- vakuutusmaksut	0,7	2,1	2,5	2,9	3,1	3,2	3,3	3,4
- veroluonteiset maksut	1,4	2,7	2,1	1,7	1,6	1,3	1,4	1,4
Pääomatulot	1,7	2,2	2,5	2,6	3,0	3,2	3,8	3,6
Yhteensä	25,7	33,6	34,9	36,1	36,9	37,8	40,0	41,3
Käyttäjät yhteensä	0,9	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8

Kuvio 7. Toimeentuloturvan rahoitus vuosina 1990-2002, prosenttia

Kunnilla on keskeinen asema niin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa kuin niiden rahoittamisessa. Kunnat rahoittavat noin 69 prosenttia näistä palveluista itse. Valtiolta kunnat saavat valtionosuutta, joka kattaa noin 22 prosenttia sosiaali- ja terveyshoitojen menoista. Asiakasmaksuilla ka-

tetaan loput 9 prosenttia. Valtion osuus laski selvästi vuoden 1993 valtionosuusuu- distuksen jälkeen. Samalla kuntien rahoitettavaksi jäi entistä suurempi osuus. Viime vuosina valtionosuutta on lisätty hie- man (kuvio 8).

Kuvio 8. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus vuosina 1990-2002, prosenttia



1.4. Julkisen sektorin kehitys ja sosiaalipolitiikka

Euroopan unionin kasvu- ja vakaussopimuksen mukaan julkisen talouden tulee olla keskipitkällä aikavälillä tasapainon tuntumassa tai ylijäämäinen. Suomen hallitus ilmoitti vuoden 2000 vakausohjelman tarkistuksessa tavoitteekseen ylläpitää julkisessa taloudessa vaalikauden ajan vähintään 4½ prosentin suuruista ylijäämän suhdetta bruttokansantuotteeseen. Valtiotalouden vähimmäistavoitteena olisi 1½ prosentin ylijäämä. Vuonna 2000 julkisen talouden rahoitusylijäämä oli 7 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Vuoden 2001 kasvu- ja vakausohjelman tarkistuksessa todetaan, että vuonna 2001 julkisyhteisöjen rahoitusylijäämä säilyy 4½

prosentin tasolla suhteessa bruttokansantuotteeseen, mutta alenee sen jälkeen kolmen vuoden ajaksi runsaan 2 prosentin tasolle. Hallitus pitää vähäisempää julkisen talouden ylijäämäisyyttä hyväksyttävänä ja asettaa tavoitteekseen julkisen talouden vahvistamisen pitemmällä aikavälillä.

Julkinen velka on runsas 40 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tätä on lyhennetty viime vuosina, mikä yhdessä lainojen uudelleen järjestelyjen kanssa on alentanut velan hoitomenoja.

Suhdannevakautta lisää työttömyysvakuutuksen puskurirahasto, joka on nyt täynnä. Tämä on mahdollistanut työttömyysvakuutusmaksujen alentamisen. Vuoden 2002 talousarviossa työttömyyspäivärahan

tasokorotuksilla parannettiin työttömien toimeentuloturva.

Suomen taloudellinen tilanne on euroop- palaisittain arvioituna varsin vakaa huoli- matta tuotannon kasvun hidastumisesta vuonna 2001. Kestävän kehityksen kulma- kivinä ovat työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä omatoimisuus. Sosiaali- ja terveystoimi- nisteriö on kiteyttänyt lähivuosisikymmenen sosiaaliturvan suunnan neljään strategiseen linjaukseen³. Ne ovat

- Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen
- Työelämän vetovoiman lisääminen
- Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito
- Toimivat palvelut ja kohtuullinen toi- meentuloturva

Vuoden 2002 valtion talousarvioesitys ja sosiaalipolitiikka

Vuoden 2002 valtion talousarvion loppu- summa on 35,3 miljardia euroa (209,9 mrd. mk). Sosiaali- ja terveystoiministeriön pää- luokan osuus menoista on 8,1 miljardia eu- roa (48,4 mrd. mk). Se on noin 500 mil- joonaa euroa (3,0 mrd. mk) enemmän kuin vuonna 2001. Sosiaali- ja terveystoiminis- teriön osuus kattaa runsaan viidenneksen kai- kista vuoden 2001 sosiaalimenoista. Sosi- aalimenoja rahoitetaan myös muiden pää- luokkien menoista. Kaiken kaikkiaan valti- on talousarvion kautta rahoitetaan sosiaa- limenoista noin kolmannes.

Talousarvion sosiaali- ja terveystoimittisena lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvoin- tiyhteiskunnan säilyttäminen. Palvelujen laatu ja saatavuus turvataan koko maassa kaikille väestöryhmille. Tämä edellyttää kuntatalouden tasapainoista kehittämistä, kuntien yhteistyötä sekä uusien toiminta- mallien käyttöönottoa. Tavoitteena on edistää toimia, joilla ehkäistään ja vähen-

netään syrjäytymistä sekä huono- osaisuuden kasautumista.

Vuoden 2002 valtion talousarviossa luo- vutaan kunnallistalouden vakauden lisää- miseksi arvonnäköveron takaisinperinnästä ja sen kuittaminen pääosin yhteisöverosta, yleisen valtionosuuden syrjäisyys- ja saa- ristolisien korotus sekä verotuloihin pe- rustuvan valtionosuuksien tasauksen 15 prosenttiin rajoittimen poistaminen. Rajoitin on toiminut muutaman kaikkien eniten ve- rotuloja saavan kunnan kohdalla. Sen mu- kaan verotulojen perusteella tehtävä ta- sausvähennys on voinut olla enintään 15 prosenttia kunnan laskennallisesta verotu- losta. Uudistus vähentää valtion menoja vuonna 2002 arviolta 79,3 miljoonaa eu- roa. Tämä lisätään kuntien sosiaali- ja ter- veydenhuollon käyttökustannusten valtion- osuuksiin. Myös arvonnäköveron takaisinpe- rinnästä luopuminen tasoittaa tulojen ja- kautumista kuntien välillä. Valtio on peri- nyt takaisin laskennallisella mk/asukas pe- riaatteella kaikilta kunnilta niille palautetut arvonnäköverot. Yksittäisen kunnan saamat palautukset ja kunnalta takaisinperittävät määrät saattoivat poiketa huomattavasti toisistaan

Hyvinvointipalveluita parannetaan lisää- mällä sosiaali- ja terveydenhuollon valti- onosuuksia 74 miljoonalla eurolla. Valti- onosuuksiin tehdään 1,5 prosentin suurui- nen kustannustason tarkistus, mikä vastaa puolta arvioidusta kustannustason nousus- ta.

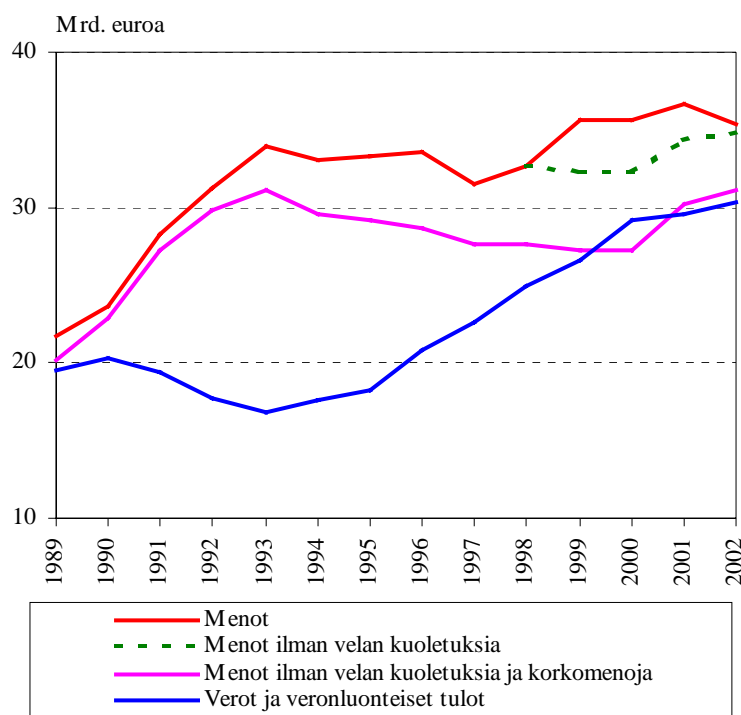
Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon pal- velujen järjestämisessä kiinnitetään mie- lenterveystyön ohella erityistä huomiota ikääntyvän väestön tarvitsemiin palvelui- hin, lasten ja nuorten palvelujen kehittämi- seen sekä sosiaalityön ja avopalvelujen pa- rantamiseen. Myös omaishoitajärjestelmää sekä toimeentulotukea kehitetään. Näihin uudistuksiin ohjataan rahoitusta valtion- osuusjärjestelmän kautta.

³ Sosiaali- ja terveystoimittisat strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elin- voimaista yhteiskuntaa, sosiaali- ja terveystoimi- nisteriö Helsinki 2001

Työnantajien pakolliset sosiaaliturvamaksut alenivat hieman vuoden 2001 tasosta. Yksityisen sektorin kansaneläkemaksut alenivat 0,45 – 0,65 prosenttiyksiköllä. Kuntien ja seurakuntien kansaneläkemaksu aleni 0,75 prosenttiyksiköä. Työntekijän maksut säilyivät nykyisellä tasolla lukuun ottamatta työttömyysvakuutusmaksua, joka aleni 0,2 prosenttiyksiköllä. Eläkkeensaajan maksurasitus pienenee, kun eläketu-

lostä perittävä korotettu sairausvakuutusmaksu aleni 0,8 prosenttiyksiköä. 1990-luvun puolen välin jälkeen valtion verot ja veronluonteiset tulot saavuttivat 1980-luvun lopun nimellistason. Vuonna 1999 verotulot ylittivät ensimmäisen kerran taloudellisen laman jälkeen talousarvion hallinnonalojen menot. Viime vuosina verotuotto on vakiintunut noin 30 miljardiin euroon.

Kuvio 9. Valtion menot sekä valtion verot ja veronluonteiset tulot vuosina 1989 - 2002



Kunnallistalous

Vuoden 2000 tilinpäätöstietojen mukaan kuntien ja kuntayhtymien talous vahvistui hieman koko maan tasolla. Yhteenlaskettu vuosikate oli 1,7 miljardia euroa. Kunta tarvitsee vuosikatetta rahoittaakseen investointinsa ja lyhentääkseen lainojaan. Kuntaryhmittäin ja alueellisesti tarkasteltuna kuntien rahoitusaseman erot kasvoivat. Kuntien talouden eriytymiseen vaikuttaa merkittävästi yritystoiminnan alueellinen sijoittuminen ja alueelliset työllisyserot, mikä näkyy yhteisöveron ja kunnallisveron epätasaisena jakautumisena.

Taloudellisen kehityksen eriytyminen on kasvattanut muuttoliikettä.

Vuonna 2000 vuosikate oli negatiivinen 196 kunnassa ja yli 230 kunnassa oli alijäämäinen tilinpäätös. Negatiivisen vuosikatteen kuntien määrä yli kaksinkertaistui edelliseen vuoteen verrattuna⁴

⁴ Luvut eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoisia, koska verotilityksissä ja kirjanpitoimenettelyissä tapahtui muutoksia.

Taulukko 2. Kuntien talouden tunnuslukuja, miljardia euroa

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Toimintakate	-13,0	-13,8	-14,5	-15,1	-15,7	-16,4	-17,1
Verotulot	12,1	12,9	13,4	13,2	13,3	13,7	14,3
Käyttötalouden valtionosuudet ¹	3,2	3,4	3,7	3,9	4,0	4,0	4,1
- josta STM:n osuus	2,1	2,2	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6
Satunnaiset ym. erät, netto	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Vuosikate	1,6	1,7	1,7	2,0	1,6	1,3	1,2
Investoinnit, netto	1,3	1,6	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Lainakanta	3,9	4,1	4,2	4,1	4,3	4,7	5,2
Kassavarat	2,7	3,2	3,1	3,1	3,0	2,7	2,4
Nettovelka (lainakanta – kassavarat)	1,2	0,9	1,1	1,0	1,4	2,0	2,8

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2001 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin

1) Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 29.8.2001

Negatiivisen tai heikon vuosikatteen kunnat olivat etupäässä asukasluvultaan keskimääräistä pienempiä. Talous vahvistui lähinnä suurissa yli 100 000 asukkaan kunnissa. Pienten kuntien kannalta on huolestuttavaa investointien väheneminen, vaikka lainakanta samalla kasvaa. Tämä merkitsee sitä, että rahoitusongelmien vuoksi käyttömenoja katetaan myös lainarahalla. Vuoden 2000 tilinpäätöstietojen mukaan kuntien lisääntyneiden tulojen vastapainona myös menot ovat kasvaneet. Toimintakulut kasvoivat vuonna 2000 noin miljardi euroa edellisvuoteen verrattuna.

Muuttoliike suuntautuu etupäässä suuriin kasvukeskuksiin. Myös pienemmällä korkeakoulukaupungeilla ja korkean teknologian keskuksilla on vetovoimaa. Muuttajat ovat yleensä nuoria ja hyvin koulutettuja. Aiemmasta poiketen myös työttömät muuttavat vilkkaasti, vaikka heillä ei olisi-kaan varmuutta työpaikasta uudella paikkakunnalla. Muuttaja aiheuttaa lyhyellä aikavälillä päällekkäisiä menoja sekä lähtö-

kunnalle että tulokunnalle. Muuttajan tulovaikutukset siirtyvät kunnasta toiseen parin vuoden aikaviiveellä.

Muuttotappiokunnissa väestön ikärakenne vanhenee ja verotulot kutistuvat. Menot eivät kuitenkaan laske samassa suhteessa väestön määrän vähenemisen kanssa, mikä korostaa verotulotasauksen sekä valtionosuuksien merkitystä alueittaisen hyvinvoinnin säilymisessä.

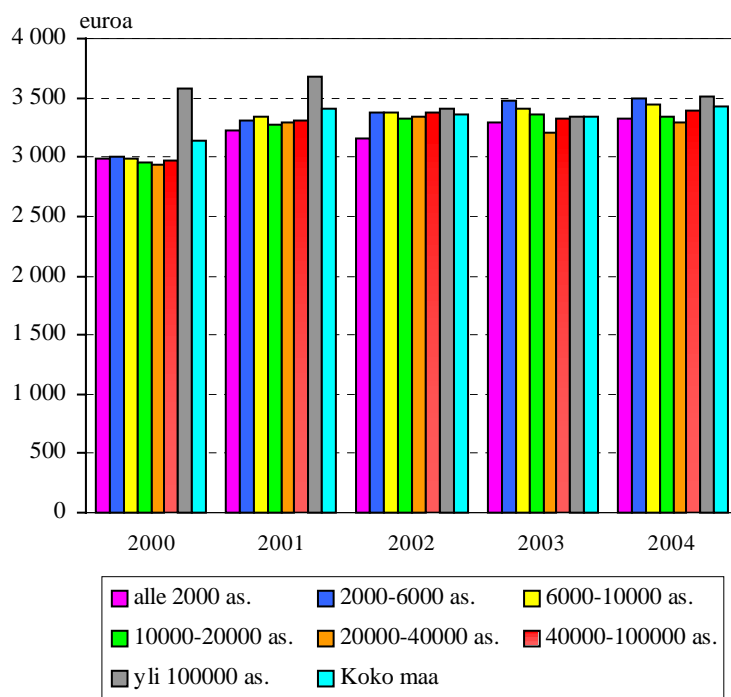
Peruspalvelujen rahoitusrakenteessa tapahtui 1990-luvulla merkittävä muutos. Valtionapujen osuus kuntien rahoituksessa supistui merkittävästi ja vastaavasti verotulojen merkitys kasvoi. Tällä oli suuri vaikutus yksittäisten kuntien taloustilanteeseen ja kuntatalouksien eriytymiseen. Toinen kuntatalouteen 1990-luvulla merkittävästi vaikuttanut tekijä oli kuntien verotulojen rakenteen muutos. Kunnallisverojen osuus kokonaisverotuloista alentui ja vastaavasti yhteisöverojen osuus kohosi. Yhteisöverojen kohdentuminen kuntiin oli hyvin epätasaista. Negatiivisen vuosikat-

teiden kuntien lukumäärän kasvusta huolimatta ei ole voitu erottaa kuntajoukkoa, jolla vuosikate olisi pysyvästi miinuksella. Negatiivisen vuosikatteen kunnat ovat usein pieniä kuntia, joiden taloudelliset ongelmat saattavat olla suuria.

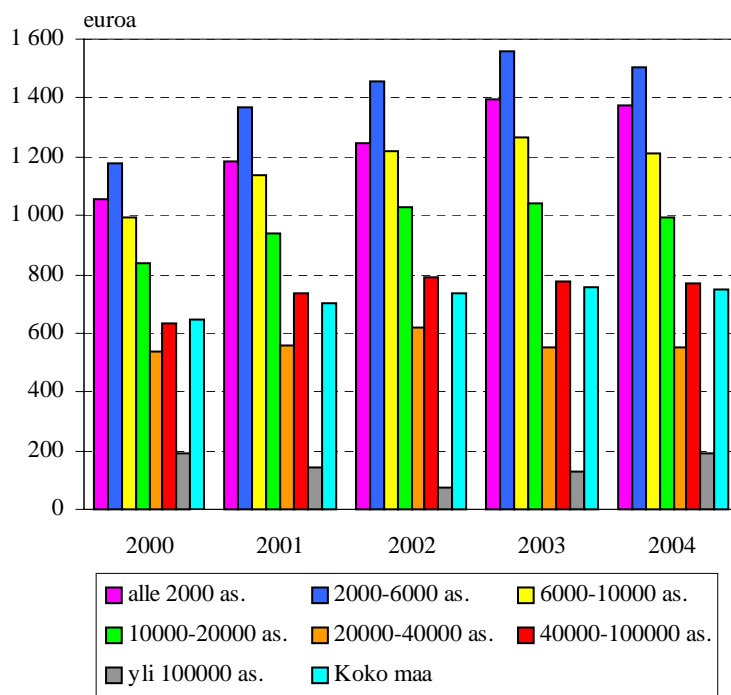
Sisäasiainministeriössä tehdyn arvion mukaan kuntien rahoitus näyttää kehittyvän myönteisesti vuosina 2001-2004 (kuvio 10). Negatiivisen vuosikatteen kuntien määrä pienenee. Kuntien verotulojen painopiste on siirtymässä entistä enemmän yhteisöverotuksesta kunnallisverotukseen. Tämä yhdessä valtionosuusjärjestelmän ja siihen tehtyjen muutosten kanssa tasaa erikokoisten kuntien tulopohjaa. Vuoteen 2004 mennessä pienten ja keskisuurten kuntien verotulot ja valtionosuudet asukasta kohti ovat lähes samalla tasolla suurten kuntien kanssa (kuvio 11). Aino-

astaan alle 2000 asukkaan ja 20 000 - 40 000 asukkaan kuntien tulot asukasta kohti laskettuna jäävät muita pienemmiksi. On kuitenkin otettava huomioon, että erot kuntaryhmien sisällä voivat olla suuria.

Myös kunnallishallinnon ja -talouden neuvottelukunnan tekemän laskelman mukaan kuntatalous pysyy lähivuosina kohtuullisen hyvänä. Vuonna 2002 käynnistyy useita kunnallistalouden vakauteen ja ennustettavuuden lisäämiseen vaikuttavia toimenpiteitä: arvonnäköveron palautusten takaisinperinnästä luovutaan, verotuloihin perustuvaa valtionosuuksien tasausjärjestelmää uudistetaan ja valtionosuusjärjestelmään tehdään muutoksia. Vaikka nämä toimenpiteet kohdistuvat vahvistavasti nimenomaan pienten kuntien talouteen, on kuntien kannalta ratkaisevaa niiden oma varautuminen.

Kuvio 10. Kuntien verotulot ja valtionosuudet vuosina 2000-2004, euroa/asukas

Lähde: Sisäasiainministeriö

Kuvio 11. Kuntien valtionosuudet vuosina 2000-2004, euroa/asukas

Lähde: Sisäasiainministeriö

1.5. Sosiaaliturvaan kohdistuvat kansainväliset paineet

Euroopan unionin sopimus talous- ja rahaunionista koskettaa ennen muuta talouspolitiikkaa, lähinnä budjetteja ja rahapolitiikkaa. Sillä on myös vaikutuksensa sosiaaliturvaan ja sen rahoitukseen, sillä taloudelliset ratkaisut vaikuttavat sosiaalipolitiikkaan ja erityisesti sosiaaliturvan rahoitukseen.

Erilaiset kansalliset sosiaalipoliittiset järjestelmät ja erilaiset rahoitusmallit ovat syntyneet historiallisista syistä. Euroopan Unionissa sosiaalipolitiikka ja sitä koskeva toimivalta on ollut rajattua. Yhteistyö on rajattu koskemaan ensisijaisesti työvoimaa ja työmarkkinoita koskevia kysymyksiä. Taloudellisissa kysymyksissä tehdään jäsenmaita sitovia ratkaisuja, jotka vaikuttavat myös niiden sosiaalipolitiikkaan. Sosiaaliturvan suoranaista harmonisointia on haluttu välttää. Paineet eri maiden harjoittaman sosiaalipolitiikan lähentämiseen ovat kuitenkin kasvaneet yhdentymiskehityksen syventyessä. Euroopan unionille halutaan luoda myös vahva sosiaalinen identiteetti. Talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikan yhteensovittaminen järkevällä tavalla on iso haaste laajentuvan Euroopan unionin päätöksenteolle.

Sosiaalipoliittisessa yhteistyössä saavutettiin uudenlainen tilanne Suomen puheenjohtajakaudella. Marraskuun 29. päivänä 1999 EU:n neuvosto hyväksyi päätelmät yhteisestä strategiasta sosiaalisen suojelun uudistamiseksi ja parantamiseksi. Päätelmien mukaisesti yhteisen strategian valmistelua varten asetettiin korkean tason työryhmä, joka aloitti työnsä vuoden 1999 lopulla. Sittenmin on päätetty asettaa valmistelutyötä varten komitea, joka piti ensimmäisen kokouksensa vuoden 2000 joulukuussa.

Yhteistyölle hyväksyttiin neljä laaja-alaista tavoitetta:

- Työnteon tekeminen kannattavaksi ja toimeentulon takaaminen
- Eläkkeiden turvaaminen ja eläkejärjestelmien ylläpitäminen
- Sosiaalisen osallisuuden edistäminen
- Korkealaatuisen ja kestäväen terveydenhuollon varmistaminen

Sosiaalisen suojelun komitea keskittyi aluksi sosiaalisen osallisuuden edistämistä koskeviin kysymyksiin. Jäsenmaiden sosiaalisen syrjäytymisen vastaisen toiminnan tilaa on kartoitettu ja tältä pohjalta on hahmotettu yhteistyön suuntaviivoja. Työskentelytavaksi valittiin ns. avoin koordinaatiomenetelmä, joka kehitettiin Lissabonin Eurooppa-neuvostossa hyväksyttyjen tavoitteiden toteuttamisen seurantavälineeksi. Menetelmä perustuu tietojen vaihtamiseen eri maiden järjestelmistä, yhteisten suuntaviivojen ja tavoitteiden määrittelyyn, kehityksen vertailtavuuden parantamiseen määrällisiä ja laadullisia mittareita kehittämällä sekä hyvien toimintatapojen levittämiseen. EU-maiden välisen tiiviin vuoropuhelun ja kansallisen toimintapolitiikan määräaikaisen seurannan sekä arvioinnin uskotaan edistävän oppimista ja lähentävän järjestelmiä toisiinsa kuitenkin kansallisia eroja kunnioittaen aloilla, joilla yhteisöllä ei ole lainsäädännöllistä toimivaltaa.

Vuoden 2001 aikana laadittiin kaikissa jäsenmaissa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaiset kansalliset toimintasuunnitelmat kahdeksi vuodeksi eteenpäin yhteisiä ohjeita noudattaen. Euroopan komissio teki toimintasuunnitelmista yhteenvedon, joka hyväksyttiin Laekenin huippukokouksessa joulukuussa 2001. Sosiaalipolitiikan kehittämisen tueksi ja syrjäytymisen eri ulottuvuuksien mittaamiseksi on kehitetty yhteisiä eurooppalaisia sosiaalindikaattoreita Sosiaalisen suojelun komitean ohjauksessa indikaattoryöryhmä jätti

yhteisen raporttinsa vuoden lopussa. Indikaattorityö laajenee vuonna 2002 eläkkeisiin ja vanhusten hoivapalveluihin.

Komitea on edennyt käsittelemään myös eläkejärjestelmiä. Sosiaalisen suojelun komitea ja talouspoliittinen komitea ovat laatineet yhteisen raportin eläkkeistä. Yhteisiä huolenaiheita ovat väestön ikääntyminen, eläkkeiden riittävyys ja sosiaalimeinojen rahoitus tulevaisuudessa. Avointa koordinaatiomenetelmää sovelletaan sosiaalisen suojelun alalla seuraavaksi terveydenhuollon laadun ja kestävyys tarkasteluun sekä työn kannustavuuteen. Belgian puheenjohtajuuskaudella oli keskeisenä keskusteluteemana sosiaalisten yritysten, yhteisötalouden ja yritysten sosiaalisen vastuun edistäminen. EU:n elimet ovat korostaneet eri toimijoiden verkottumista sekä työmarkkinaosapuolten ja kansalaisjärjestöjen roolia köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toiminnassa. Eurooppa-neuvoston jokakeväisessä kokouksessa määritellään Lissabonin strategiaan liittyvät toimeksiannot ja varmistetaan niiden seuranta. Avoimen koordinaatiomenetelmän suhde talouspolitiikan on jäänyt jokseenkin epäselväksi.

Monet sosiaali- ja terveyspolitiikkaan liittyvät kysymykset ovat nousseet myös kauppapoliittisten neuvottelukierrosten esityslistoille. Kehitysmaat esittivät vakavan huolensa henkisen omaisuuden patenttisuojan vaikutuksista kohtuuhintaisten lääkkeiden saatavuuteen köyhissä maissa. Teollis- ja tekijänoikeuksien kauppaa säätelevän TRIPS –sopimuksen tulkintoja haluttiin tämentää. Lääkkeiden saatavuusongelma kärjistyi tarttuvien tautien, kuten HIV/AIDS –epidemioiden torjunnassa Etelä-Afrikassa ja Brasiliassa. Lopulta lääketieteellisyys joutui perääntymään ja sallimaan halvempien lääkkeiden tuottamisen näissä maissa. Dohan ministerikokous hyväksyi lääkkeiden saatavuutta ja teollis- ja tekijänoikeuksia koskevan julistuksen, jossa vahvistettiin mm. jokaisen jäsenmaan

oikeus hätätilanteessa tuottaa lääkkeitä pakkolisenssi turvin. Samalla kun tunnistettiin TRIPS-sopimuksen tärkeä merkitys uusien lääkkeiden kehittämiseksi, sovittiin, että henkisen omaisuuden suoja säätelevää sopimusta on tulkittava siten, että se turvaa olemassa olevien lääkkeiden saatavuuden eikä estä Maailman kauppajärjestön WTO:n jäseniä toimimasta kansanterveyden suojelemiseksi.

Pyrittäessä kaupan vapauttamiseen maapallon laajuisesti, toimet on haluttu ulottaa myös palveluiden kauppaan. Palvelut on tässä yhteydessä ymmärretty laajasti ja niihin on katsottu kuuluvan muun muassa kulttuuripalvelujen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto. Palveluiden kaupan lisävapauttaminen tulee osaksi uutta WTO:n neuvottelukierrosta. Maakohtaiset palveluja koskevat pyynnöt tulee tehdä 30.6.2002 mennessä ja tarjoukset 31.3.2003 mennessä. Euroopan unionilla on eräin poikkeuksin toimivalta kauppapoliittisissa kysymyksissä. Tämä tarkoittaa sitä, että komissio edustaa myös Suomea ja neuvottelee puolestamme mm. WTO:ssa.

Julkisten palveluiden tuotannossa on haluttu edelleen turvata kansallinen päätösvalta. Julkisten palveluiden määrittely on jätetty kunkin maan itsensä päätettäväksi. Esteiden poistaminen työvoiman vapaalta liikkumiselta koskettaa myös sosiaaliturvajärjestelmiä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimapalveluita. Euroopan unionin laajentuminen lisää paineita siirtyä enemmistö päätöksentekoon myös nykyisillä yksimielisyyttä vaativilla alueilla, kuten palveluissa ja henkisessä omaisuudessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on näiden neuvottelukierrosten yhteydessä pitänyt tärkeänä sitä, että mahdollisilla kansainvälisillä sopimuksilla ei estetä eikä vaikeuteta laaja-alaisen kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttamista. Suomi vastustaa muun muassa ulkomaisten yritysten hou-

kuttelua maahan alentamalla sosiaaliturvan tasoa tai tinkimällä työelämän suhteita koskevista kansainvälisistä normeista.

Kansainvälisen työjärjestön (ILO) sopimuksissa ja suosituksissa on esitetty ns. ydinnormit, jotka koskevat muun muassa yhdistymisvapautta, lapsityövoiman käyttöä ja tasa-arvoista kohtelua. Useat kehitysmaat ovat painokkaasti vastustaneet työelämän perusnormien liittämistä WTO:n sopimukseen peläten oman suhteellisen asemansa heikkenemistä.

Työelämän perusnormien noudattamisvaatimus on nähtävä osana laajempaa pyrkimystä niin taloudellisesti, sosiaalisesti kuin ympäristön kannalta kestävään kehitykseen, jossa sosiaalisella ulottuvuudella on keskeinen tehtävä köyhyyden ja sosiaalisen epäoikeudenmukaisuuden vähentäjänä. Kauppapolitiikassa joudutaankin maapallostumisen ja EU:n jäsenyyden seurauksena yhä enemmän tekemään linjauksia, joissa tulee ottaa huomioon myös sosiaali- ja terveystaloudelliset kysymykset.

2. Sosiaalimenot kohderyhmittäin

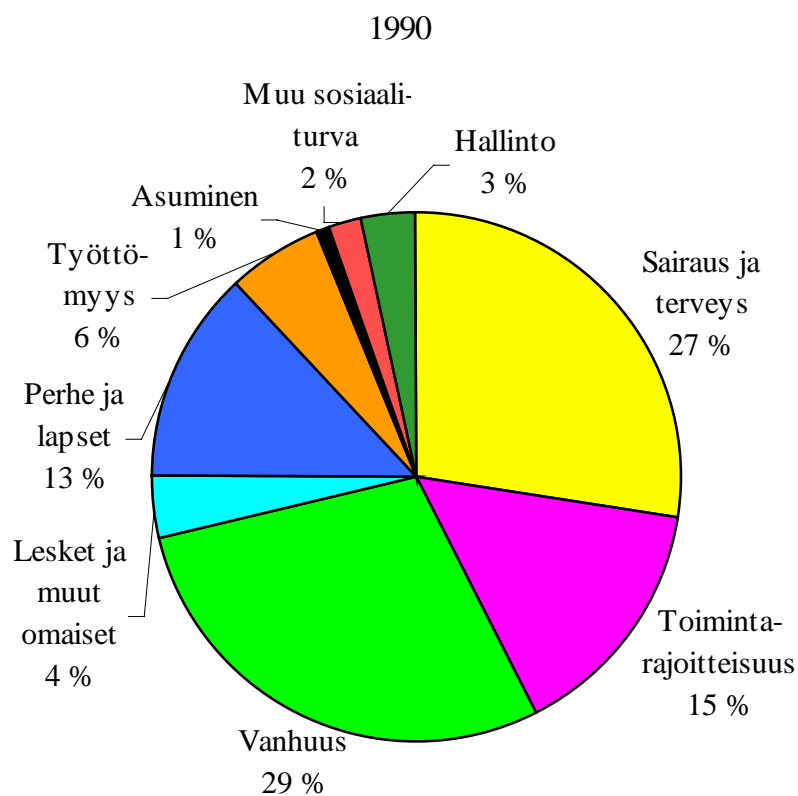
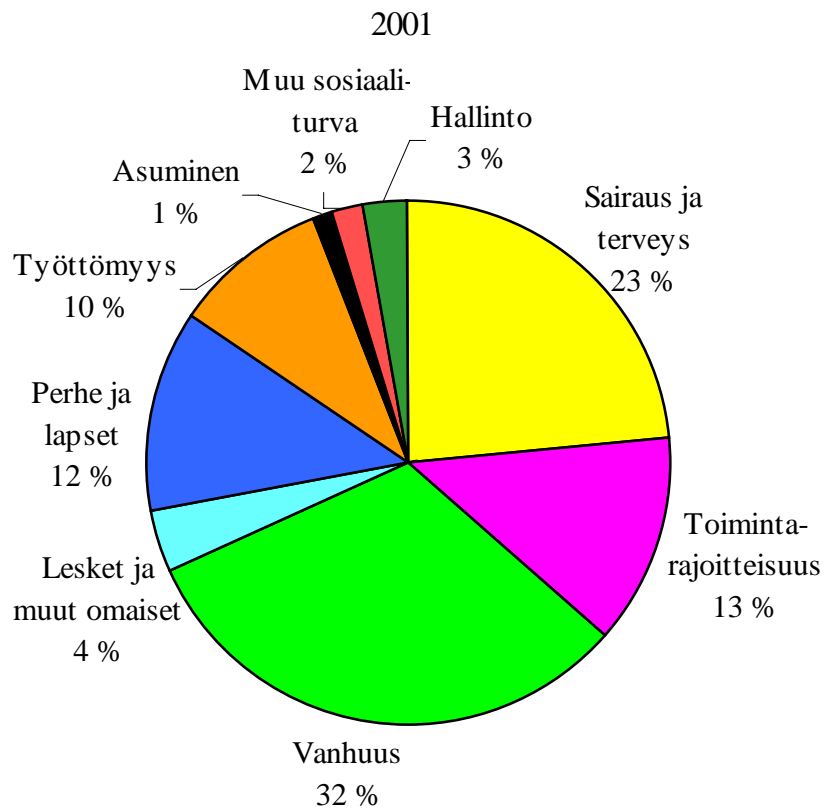
Lähes kolmannes sosiaalimenoista kohdistuu vanhuuteen. Toiseksi suurin menokohde on sairaus ja terveys. Yhdessä nämä menoerät muodostavat yli puolet kaikista sosiaalimenoista. Osuus kohoaa edelleen tulevinä vuosina. Työttömyysmenojen osuus pysyttelee lähivuosina 10 prosentissa. Lapsiperheiden osuus säilyy 12 prosentissa ja toimintarajoitteisuus menot 13 prosentissa.

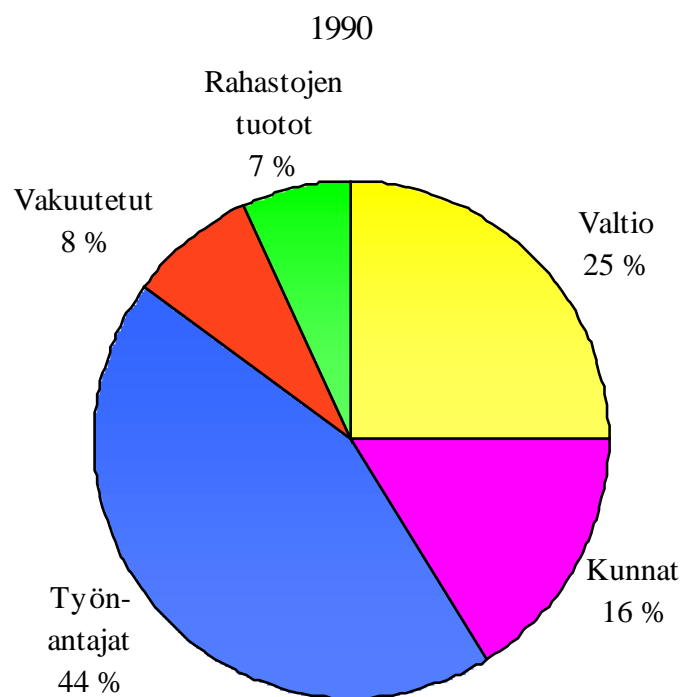
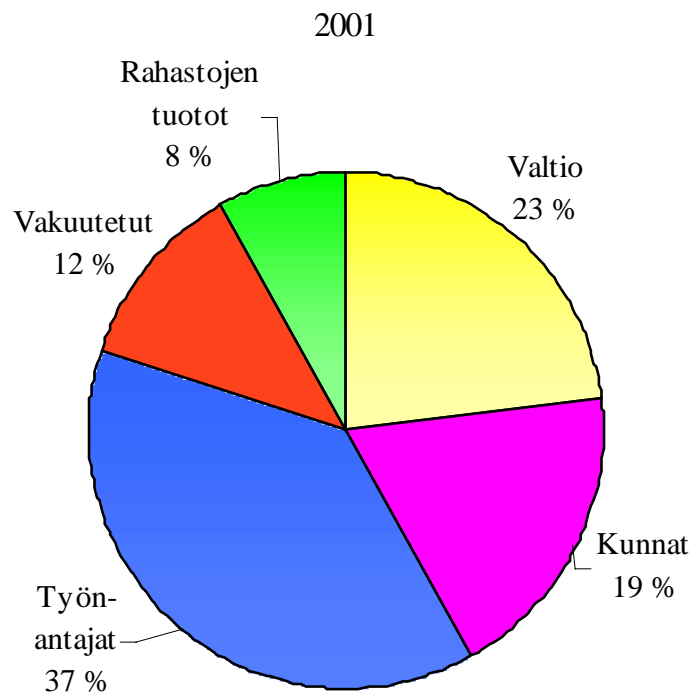
Vuoteen 1990 verrattuna sairaus- ja terveysmenojen sekä toimintarajoitteisuusmenojen osuus sosiaalimenoista on selvästi pienentynyt ja työttömyys- sekä vanhuusmenojen osuus on suurentunut (kuvio 12).

Sosiaalimenojen suurin rahoittaja ovat työnantajat, jotka osallistuvat eläkkeiden, työttömyysturvan sekä sairausvakuutuksen

rahoittamiseen. Myös vakuutetut osallistuvat näiden etuuksien rahoittamiseen. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan kuten työttömien perusturvan, lapsilisät, asumistuet sekä maksaa valtionosuutta kunnille sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta.

1990-luvulla sosiaaliturvan rahoituksessa tapahtui selviä muutoksia: vakuutettujen maksama osuus kasvoi ja työnantajien osuus on laskenut. Vuosina 2001-2002 sosiaalimenojen rahoituksessa ei tule tapahtumaan suuria muutoksia. Sosiaaliturvarahastojen karttuminen lisää rahastojen korko- ja osinkotuloilla rahoitettavaa osuutta (liite 1). Samalla valtion osuus on pienentynyt ja kuntien maksuosuus on suurentunut (kuvio 13).

Kuvio 12. Sosiaalimenojen jakautuminen kohderyhmittäin vuosina 1990 ja 2001

Kuvio 13. Sosiaaliturvan rahoitusosuudet vuosina 1990 ja 2001

2.1. Sairaus ja terveys

	1999	2000*	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	7 200	7 600	8 200	8 550
- josta toimeentuloturvaa (milj. euroa)	1 420	1 520	1 580	1 630
% sosiaalimenoista	22,4	23,1	23,9	23,6
% BKT:sta	6,0	5,8	6,1	6,1
Elinajan odote				
- Miehet	73,7	74,1		
- Naiset	81,0	81,0		
Sairausvakuutuspäivärahan saajat vuoden aikana	286 900	296 300	297 800	299 300
Perusterveydenhuolto				
- terveyden - ja sairaanhoitokäynnit/1000 asukasta	4 898	4 927	4 920	4 950
- hammashuollon käynnit/1000 asukasta	951	936	960	970
- hoitopäivät/1000 asukasta	1 578	1 594	1 600	1 630
Erikoissairaanhoito				
- avohoitokäynnit/1000 asukasta	1 140	1 125	1 140	1 160
- hoitopäivät/1000 asukasta	1 051	1 015	1 000	1 020

* ennakkotieto

** ennuste

Sairauteen ja terveyteen liittyvät sosiaalimenot ovat vuonna 2001 arviolta 8,2 miljardia ja vuonna 2002 arviolta 8,5 miljardia euroa. Tämä on lähes viidennes sosiaalimenoista ja noin 6 prosenttia bruttokansantuotteesta. Sairaus- ja terveystenonien osuus sosiaalimenoista on viime vuosina kasvanut nopeasti.

Suomen terveydenhuollon menot EU-maiden keskitasoa

Suomessa terveydenhuollon kokonaismenot⁵ olivat vuonna 1999 edelleen alle EU-maiden keskitason sekä osuutena kansantuotteesta (6,8 %) että asukasta kohden laskettuna.

OECD-maiden aikasarja-aineiston perusteella näyttäisi olevan niin, että sitä mukaa kuin kansakunnat ovat vaurastuneet, sitä enemmän asukasta kohden ja osuutena

kansantuotteesta ne ovat käyttäneet rahaa terveydenhuoltoon (kuvio 14). Sen sijaan terveydenhuollon menot eivät ole suoraan yhteydessä yli 75-vuotiaiden väestöosuuteen (kuvio 15). OECD-maita koskevien tutkimustulosten mukaan näyttää siltä, että väestörakenteen muutoksilla on ollut vähän vaikutusta terveydenhuollon menoihin. Enemmän merkitystä on ollut uusilla teknologioilla ja voimakkailla kannusteilla terveyspalvelujen tarjoamiseen sekä väestön tulo- ja koulutustasojen nousulla.

Väestön ikääntyminen ei lisää terveydenhuoltomenoja samassa suhteessa kuin väestö ikääntyy. Uusia tapoja hoitaa vanhoja vaivoja kehitetään koko ajan. Monet uudet hoitomuodot voivat olla aluksi kalliita, mutta ne halpenevat ajan myötä. Valtaosa terveydenhuollon menoista kohdistuu elinajan viimeiseen puoleen vuoteen. Lähi-vuosina lääkäreiden palkat nousevat ja tämä näkyy myös terveydenhuollon menojen kasvuna.

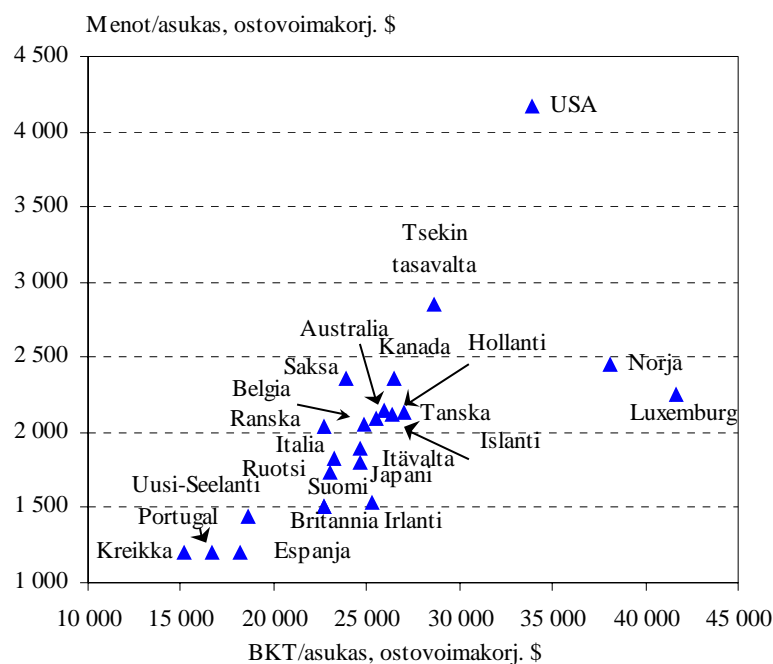
Lääkärilakon takia sairaaloiden kokonaistuotanto ja potilaiden määrä supistui vuon-

⁵ OECD:n määritelmä sisältää kaikki yksityiset terveydenhuoltomenot, mutta ei sairausajalta maksettavia palkkoja tai päivärahoja.

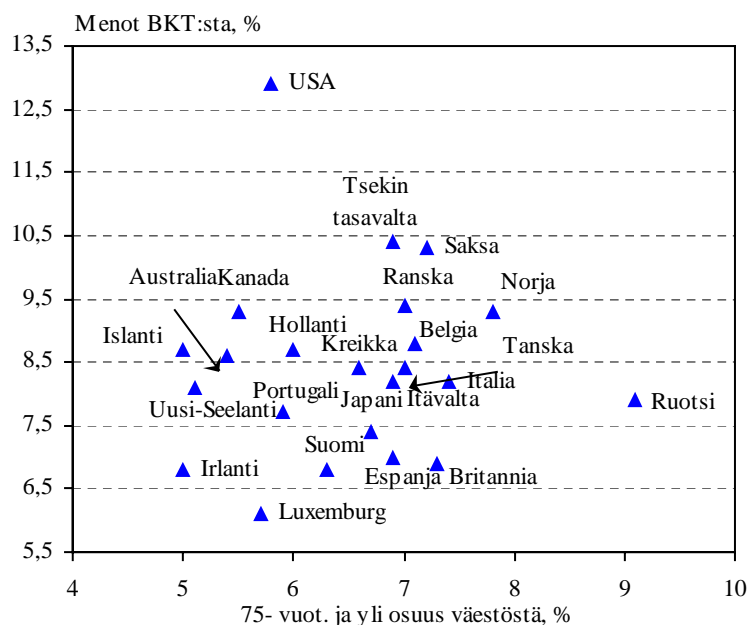
na 2001 ensimmäisen kerran moniin vuosiin. Hoitojaksojen määrät supistuivat ja leikkausten määrät pienenivät. Leikkaustoimenpiteiden lasku johtuu osittain myös erikoislääkäripulasta. Kysyntä jatkoi kuitenkin kasvua. Päivystyskäyntejä tehtiin

sairaaloihin aiempaa enemmän. Myös tämä johtui osittain lääkäripulasta – se esti terveyskeskuksia tarjoamasta palveluja, jolloin sairaat hakeutuivat sairaalan päivystykseen.

Kuvio 14. Terveystenhuollon kokonaismenot ja BKT eräissä OECD-maissa vuonna 1999



Kuvio 15. Terveystenhuollon kokonaismenot ja vanhusväestön osuus väestöstä eräissä OECD-maissa vuonna 1999



Kunnat ovat jo useita vuosia budjetoineet terveydenhuoltomenonsa epärealistisen alhaisiksi. Budjetit tiedetään jo niiden hyväksymisvaiheessa alimitoitetuiksi ja loppuvuodesta määrärahat ovat lopussa. Tämä vaikeuttaa toiminnan järkevää suunnittelua pidemmällä aikavälillä. Liian niukat resurssit johtavat myös jonojen muodostumiseen. Jonossa seisottaminen voi aiheuttaa kunnille ja muille osapuolille moninkertaiset kokonaiskustannukset, kun otetaan huomioon jonossa odottamisen, tulojen menetyksen, mahdollisesti komplisointuneen tilan sekä toipumisen hoidon tai leikkauksen jälkeen aiheuttamat kustannukset. Kyse on myös potilaan elämän laadun kohentamisesta.

Lääkemenojen kasvu jatkuu

Lääkekorvausmenot kasvoivat vuonna 2000 lähes 11 prosenttia ja vuonna 2001 noin 13 prosenttia. Kasvun ennakoidaan jatkuvan lähes saman suuruisena myös lähi vuosina. Erityisesti ovat kasvaneet kokonaan korvattujen ja lisäkorvausten menot. Lääkemenojen kasvuun on vaikuttanut siirtyminen aiempaa kalliimpien lääkkeiden käyttöön, merkittävien ja kalliiden lääkkeiden tulo sairausvakuutuksesta korvattaviksi sekä uusien lääkkeiden hyväksyminen erityiskorvattaviksi. Sen sijaan lääkkeiden tukkuhinnat eivät ole nousseet.

Oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin kroonisen tai vakavan sairauden perusteella on hieman yli miljoonalla henkilöllä. Verenpainetauti on yleisin erityiskorvauslääkkeisiin oikeuttava sairaus. Lisäkorvausta suurista lääkekustannuksista maksettiin vuonna 2000 lähes 114 900 henkilölle, joiden vuotuinen omavastuuraja oli ylittynyt (558 euroa). Lisäkorvausta saaneiden määrä kasvoi 14 prosenttia ja saajien määrä kasvaa edelleen.

Omavastuurajan ylittäneiden henkilöiden määrän kasvu johtuu osittain lääkekustannusten nopeasta kasvuvauhdista. Omavas-

tuurajan ylittymisen jälkeen kaikki potilaan hankkimat lääkkeet ovat hänelle maksutomia. Potilaan hankkimat lääkemäärät näyttävät lisääntyvän katon ylittymisen jälkeen. Omavastuurajan ylittäneistä noin puolet on 65-vuotiaita tai sitä vanhempia.

OECD:n selvityksen mukaan terveydenhuollon kokonaismenojen kasvaessa siirrytään yhä kalliimpien lääkkeiden käyttöön. Lääkekustannuksia voidaan kuitenkin hillitä suosimalla hyväksi havaittuja ja edullisia lääkkeitä. Tässä lääkärit ovat ratkaisevassa asemassa. Lääkemenot ovat alhaisemmat niissä maissa, joissa on julkinen terveydenhuolto kuin maissa, joiden terveydenhuolto perustuu yksityiseen järjestelmään.

Lääkemenojen nopea kasvu ei ole yksin Suomen ongelma. Myös muissa EU-maissa on haettu ratkaisuja lääkekustannusten hillitsemiseksi. Nykyisin kaikissa EU:n jäsenmaissa Englantia ja Saksaa lukuun ottamatta korvattavalta lääkkeeltä edellytetään kohtuullista hintaa. Lääkkeen hintoja verrataan vastaavaan tuotteen hintaan muissa EU-maissa. Erot lääkkeiden hinnoissa ovatkin pienentyneet Länsi-Euroopan maissa. Arvioidakseen lääkkeen kokonaishyötyjä ja -kustannuksia useat maat edellyttävät nykyään lääkevalmistajilta terveystaloudellisia selvityksiä. Sen sijaan potilaiden maksuosuuksien säätelyminen ei ole ensisijainen keino hallita korvausmenojen kasvua.

Lääkekustannuksia pyritään hillitsemään myös korvausjärjestelmän ulkopuolisin toimin: apteekkien ja lääketukkukauppojen katteita on tarkistettu ja lääkkeiden hintoja alennettu useimmissa EU-maissa. Myös lääkeyrityksiä on yhä enemmän otettu mukaan vastaamaan kustannusten kasvusta ja jakamaan uusien lääkkeiden kustannusvaikeutta liittyvää epävarmuutta. Enalta on voitu sopia hyväksyttävästä vuotuisesta kustannusten kasvusta. Lääkäreiden lääkkeiden määräämiskäytäntöön on

pyritty vaikuttamaan lääkärikohtaisten lääkebudjettien ja lääkäreille suunnattujen tiedotus- ja koulutusprojektien avulla.

Suomessa ikääntyneiden osuus lääkekustannuksista on suuri. Noin 39 prosenttia lääkekorvauksista maksetaan 65-vuotta täyttäneille. Väestön ikääntyminen selittää kuitenkin vain pienen osan lääkekorvausten ja -kustannusten kasvusta - vuoden 2000 kasvusta vain prosenttiyksikön. Tulevaisuudessa lääkehoidon tarve ei myöskään lisäännä samassa suhteessa vanhuusväestön määrän kasvun kanssa. Vanhusten entistä parempi terveydentila ja toimintakyky lykkäävät terveydenhuoltopalveluiden ja lääkehoitojen tarvetta myöhäisempään ikään.

Yleinen terveydentila hyvä

Väestön terveydentila on yleisesti ottaen hyvä. Elinajanodote pitenee edelleen niin miehillä kuin naisilla, mutta ero naisten ja miesten elinajanennusteissa ei ole kaventunut merkittävästi. Tapaturma- ja väkivaltakuolleisuuden erot selittävät suuren osan sukupuolten elinennusteiden eroista. Eri-tyisesti alkoholin käyttöön liittyvien kuolemien yleisyys miehillä lyhentää tuntu-

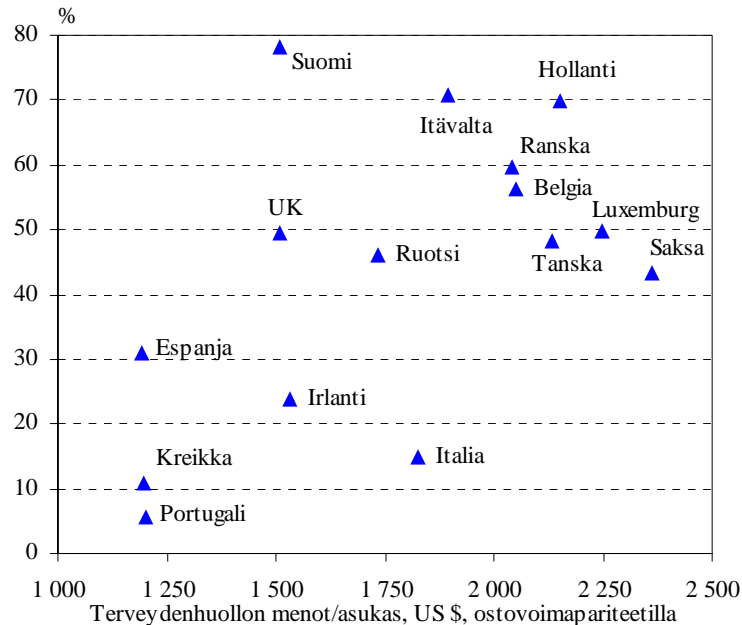
vasti heidän elinajanennustettaan naisiin verrattuna.

Terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi tunteneiden osuus on viime vuosina pysynyt 70 prosenttina. Terveytensä huonoksi kokeiden osuus on hiukan pienentynyt. Sen sijaan päänsärky, unettomuus ja stressaantuneisuus ovat yleistyneet. Noin puolet suomalaisista kuolee verenkiertoelinsairauteen. Sepelvaltimotauti on edelleen yleisin verenkiertoelinsairaus, vaikka keski-ikäisten miesten kuolevuus tähän on vähentynyt selvästi. Syöpään sairastuvuus on pysynyt viime vuosina melko muuttumattomana. Astma ja allergia ovat nopeasti yleistyneet, samoin mielenterveyden häiriöt. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat edelleen tärkeimpiä työ- ja toimintakyvyn heikentäjiä ja tapaturmat ennenaikaisen kuoleman ja työkyvyttömyyden aiheuttajia.

Suomalaiset tyytyväisiä terveyspalveluihin

Lähes 80 prosenttia suomalaisista oli tyytyväisiä terveyspalveluihin vuonna 1998 (kuvio 16). Tyytyväisyys näyttäisi yleensä olevan yhteydessä terveydenhuollon kustannuksiin. Mitä korkeammat menot, sitä tyytyväisempiä asukkaat olivat.

Kuvio 16. Terveydenhuoltoon tyytyväisten kansalaisten osuus ja terveydenhuoltomenot asukaasta kohti EU-maissa vuonna 1998



Päihdehaitat lisääntyneet

Päihteiden käyttö aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain 0,5 - 0,6 miljardin euron kustannukset. Tämän lisäksi välillisiä kustannuksia on arvioitu olevan 2,5 - 5,0 miljardia euroa. Suurin osa kustannuksista aiheutuu alkoholin käytöstä. Kokonaiskustannukset ovat moninkertaiset alkoholista saataviin valmisteverotuottoihin verrattuna. Vuonna 2001 Suomessa juotiin alkoholia yli yhdeksän litraa asukasta kohti. Tämä on selvästi aiempaa enemmän. Samalla alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen määrä on jatkanut kasvua ja päihdepalvelujen tarve on lisääntynyt. Alkoholiongelmien liittyvät usein myös lääkkeiden väärinkäyttöön sekä huumeiden käyttöön.

Alkoholiin kuolee vuosittain noin 2 500 henkilöä ja 35 000 henkilöä saa vuoden aikana sairaalahoitoa alkoholin ja päihdeongelman vuoksi. Päihteisiin liittyvät hoitojaksot sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ovat lisääntyneet. Samalla naisten osuus hoidetuista potilaista on kasvanut. Päihdeongelmia hoidetaan myös päihdehuollon laitoksissa, päihdeongelmiaisille tarjotaan

asumispalveluita ja avohoitoa. Tutkimusten mukaan päihdehuollon erityispalveluilla on pystytty vähentämään sekä päihdehaittoja aiheuttamaa riippuvuutta että päihdesairastavuutta. Päihdehuoltoon käytetty rahamäärä saadaan moninkertaisesti takaisin vähentyneinä terveydenhoitokustannuksina.

Huumeiden käyttöön puututtava heti - nuoren huumeongelman hoito kannattaa aina

Suomalaisten huumeiden käyttö lisääntyi 1990-luvulla merkittävästi. Suomessa arvioidaan olevan 30 000 huumeiden säännöllistä käyttäjää. Heistä 11 000 - 14 000 on ns. kovien huumeiden käyttäjiä. Pääosa käyttäjistä on nuoria 20-30 -vuotiaita. Suomalaisten 15-16 -vuotiaista huumeita joskus kokeilleiden osuus nousi 1990-luvulla neljässä vuodessa kaksinkertaiseksi. Viimeisimpien tietojen mukaan huumeiden käytön yleistymisen ei ole enää jatkunut. Erityisesti aktiivisimmassa ikäryhmässä olevien nuorten huumeiden käytön lisääntyminen näyttää taittuneen.

Vuodesta 1996 lisääntynyt huumekuolemien määrä näyttää kääntyneen laskuun vuonna 2001. Huumerikokset kasvavat kuitenkin edelleen ja osoittavat huumeongelmien pahenemista.

Huumekeiluun vaikuttavat monet yksilöön itseensä, perheympäristöön, nuorisoryhmään, sosiaaliseen ympäristöön ja koko kulttuuriin liittyvät tekijät. Suomessa enemmistö nuorista suhtautuu edelleen kielteisesti huumeisiin ja valtaosalla huumeita kokeilleista nuorista käyttö jää muutama kertaan. Kokeilun muuttuminen toistuvaksi käytöksi ja erityisesti riippuvuudeksi liittyy ainakin osittain huumekeiluissa saatuihin yksilöllisiin kokeuksiin ja yksilöiden välisiin biologisiin eroihin.

Osa psykiatrisesti jo muutoinkin kriisissä olevista lapsista muodostaa erityisen huumeongelman riskiryhmän. Riski on suuri silloin, kun sekä yksilön valmius että hänen ympäristönsä palkitsevat huumeiden käyttöä. Varhain aloitettu tupakan ja alkoholin käyttö ennakoivat usein myöhempää huumeiden kokeilukäyttöä. Kokeilukäyttö puolestaan ennakoivat siirtymistä toistuvaan ja vaarallisempien huumeiden käyttöön. Mitä myöhäisempään kaikkien päihteiden käyttö saadaan siirrettyä sitä vähäisempiä ovat seuraamukset.

Kaikkiin päihteisiin kohdistuva ehkäisytyö on samalla huumeiden vastaista työtä. Jo tilapäiseen huumekeiluun tulisi aina puuttua. Huumeiden käyttöä edeltäviin riskitilanteisiin ja riskiryhmään ajautunutta nuorta pitäisi ryhtyä auttamaan mahdollisimman varhain jo ennen huumeongelmaa.

Suomalainen huumehoitojärjestelmä on vasta kehittymässä. Kuntien kyky tarjota huumehoitoja on vielä puutteellinen ja hoitopaikkoja on niukalti. Hoitojärjestelyjä vaikeuttavat ristiriitaiset asenteet ja osamattomuus. Nuorten huumeongelman hoito kannattaa kuitenkin aina. Varhaisella

puuttumisella vältetään suurempien ja vaikeimpien ongelmien syntyminen, joilla on seurausvaikutukset nuoren koko elämään. Ennaltaehkäisevät ja nuorta tukevat toimet tulevat huomattavasti edullisimmiksi kuin vaikean huumeongelman hoitaminen kaikine seurausvaikutuksineen.

Lasten ja nuorten psykiatrian palveluita lisättiin määrärahan turvin

Lasten ja nuorten psykiatrisissa palveluissa havaittujen puutteiden korjaamiseksi eduskunta myönsi kunnille vuonna 2000 valtionavustusta 11,8 miljoonaa euroa (70 milj. markkaa), vuoden 2001 talousarvioon 7,57 miljoonaa euroa (45 milj. markkaa) ja vuoden 2002 talousarvioon 3,16 miljoonaa euroa.

Vuoden 2000 avustusmäärärahalla sairaanhoitopiireihin perustettiin yhteensä 385 virkaa. Näitä 77 oli pysyviä ja loput määräaikaista virkoja. Pysyvistä viroista 69 prosentti perustettiin erikoissairaanhoidon ja 19 prosenttia perusterveydenhuoltoon. Pääosa (90 %) viroista perustettiin avohoiton. Virkojen lisäksi määrärahalla perustettiin viisi osastoa kahden sairaanhoitopiirin alueelle. Lisäksi määrärahalla myötävaikutettiin usean lasten- ja nuortenpsykiatrisen toimintayksikön perustamiseen. Näiden lisäksi määrärahalla aloitettiin yli 300 erilaista projektia uusien sekä ehkäisevien että hoidollisten toiminta- ja työtapojen kehittämiseksi.

Kiireellistä hoitoa tarvitsevien jonotilanne on kohentunut ja niin lasten-, nuorisopsykiatrian kuin perheneuvoloidenkin odotusajat ovat lyhentyneet. Sen sijaan vähemmän kiireellistä hoitoa tarvitsevien lasten ja nuorten kohdalla tilanne ei ole paljoakaan parantunut. Toiminta on ensisijaisesti kohdistettu akuuttiin, kiireellistä hoitoa tarvitseviin lapsiin ja nuoriin.

Sairaanhoitopiirien arvion mukaan valtion ylimääräinen panostus lasten- ja nuorten psykiatriaan oli tarpeen ja näitä palveluita on pystytty määrärahan turvin kohentamaan. Tehdyn selvityksen mukaan ongelmana on määrärahan kertaluonteisuus ja tästä johtuen toiminnan jääminen lyhytjänteiseksi ja kertaluonteisuutta painottavaksi.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta lisättiin 4,20 miljoonaa euroa (25 milj. markkaa) vuonna 2001 ja 8,4 miljoonaa euroa vuonna 2002 kuntien mielenterveystyön kehittämiseen.

Terveyden eriarvoisuus haasteena

Terveydentilan yleisestä myönteisestä kehityksestä huolimatta terveyden eriarvoisuus näyttää kuitenkin lisääntyvän - erityisesti terveyserot sosioekonomisen aseman mukaan ovat kasvaneet. Paremmiin koulutettuihin ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin elävät pitempään ja sairastavat vähemmän kuin huonommassa asemassa olevat. Suuri osa näistä eroista johtuu terveystyöskäytymisen eroista. Korkeasti koulutetut ja aktiiviset henkilöt omaksuvat helposti terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja. Väestön koulutustason nousun myötä tietoa osataan käyttää hyväksi entistä paremmin, mikä luo mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi. Tietoa terveyttä edistävästä asioista on tarjolla runsaasti, mutta tiedon omaksuminen ja sen siirtyminen omaan toimintaan tapahtuu hitaasti. Tähän vaikuttavat myös ympäristön ja perheen omaksumat mallit. Terveyden tasa-arvoa voidaan parhaiten edistää ennaltaehkäisevillä toimilla, kuten ympäristöterveydenhuollolla, äitiys- ja lasten neuvolatoiminnalla sekä kouluterveydenhuollolla. Terveyden tasa-arvon lisääminen vaatii pitkäaikaista määrätietoista ponnistelua.

Terveyspalvelujen saatavuus vaihtelee alueittain

Suomalaisen terveydenhuollon perusedellytys on hyvin toimiva perusterveydenhuolto. Lähes kahdelle kolmannekselle väestöstä on nimetty oma perusterveydenhuollon lääkäri. Omalääkärijärjestelmä on lisännyt nopeaa hoitoon pääsyä, mutta tavoitteeseen ei ole vielä kaikissa kunnissa päästy. Palvelujen järjestämistä on vaikeuttanut puute terveyskeskuslääkäreistä. Syksyllä 2001 terveyskeskuslääkärin viroista 9 prosenttia oli hoitamatta ja 15 prosenttia hoiti sijainen.

Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti vuonna 2000 erikoissairaanhoidon saatavuutta. Erikoissairaanhoidon resursseista suurin osa kuluu vuodeosastohoitoon. Yksittäisistä diagnooseista ja diagnoosiryhmistä eniten vuodeosastoresursseja kuluttavia ovat skitsofrenia, sepelvaltimoiden ahtaumiin, sydämen toiminnan vajavuuteen ja rytmihäiriöihin liittyvät tilat, valtimokovettumatautiin liittyvät tilat, synnytys, reisiluun kaulamurtuma sekä polven ja lonkan nivelrikko ja sappikivitauti. Näiden diagnoosien ryhmien hoitajaksojen, potilaiden ja hoitopäivien määrässä ikä- ja sukupuoli-vakioituun väestöön nähden on huomattavia alueellisia eroja. Myös kustannuksissa on edelleen suuria kuntien välisiä eroja.

Alueellisten erojen tasaaminen edellyttää hoitotilindikaatioiden uudelleen arvioimista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistämistä. Edellä mainitussa selvityksessä esitetään valtakunnallisten ja alueellisten hoito-ohjelmien kehittämisen jatkamista erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseksi. Lisäksi selvitysmies esittää, että mikäli sairaanhoitopiiri ei voi järjestää hoitoa ja hoidon arviota määräajassa, sen tulee tarjota potilaalle kyseinen hoito toisessa sairaanhoitopiirissä. Esityksen mukaan sairaanhoitopiirien väestölle tulisi tiedottaa

jonotustilanteesta säännönmukaisesti esimerkiksi sähköisessä muodossa.

Terveysten panostaminen on investointi tulevaisuuteen

Valtioneuvosto on antanut periaatepäätöksen terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Se linjaa kansallista terveyspolitiikkaamme seuraaville 15 vuodelle. Pääpaino on terveydenedistämässä, ei niinkään terveyspalvelujen kehittämisessä. Ohjelma on laaja, se ulottuu yli hallintosektoreiden. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta. Terveysten panostaminen on investointi tulevaisuuteen. Terve väestö on taloudellisen kasvun ja kilpailukyvyn edellytys.

Hammashuolto laajenee koko väestöön

Vuoden 2001 huhtikuussa kuntien velvollisuus järjestää hammashoito laajeni. Kuntien tuli järjestää hammashoito tällöin vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille. Vuoden 2002 alusta järjestämisvelvollisuus koskee vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneitä. Joulukuun alussa 2002 ikärajat poistuvat ja koko väestö on hammashuollon piirissä. Uudistus parantaa lähinnä suurten kuntien asukkaiden asemaa. Uudistuksen toteuttamiseksi kunnat ovat panneet lisää hammaslääkäreitä ja ovat tehneet sopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa. Samalla kuntien hammashuollonpalveluja on kohdennettu aiempaa tehokkaammin palveluja tarvitseville. Esimerkiksi rutiininomaisista vuositarkastuksista luovutaan niiden kohdalla, joille harvempi tarkastusväli riittää, sekä suoritetaan ehkäisevien toimenpiteiden siirtoa hammashuoltajille.

Uudistuksen yhteydessä oikeus sairausvakuutuksen hammashoidon korvauksiin laajeni huhtikuussa 2001 vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin. Vuoden 2002 joulukuun alussa ikärajat poistuvat.

Uusia lääkekorvausmalleja pohdittavana

Suomen nykyisen lääkekorvausjärjestelmän ongelmia ovat sen monimutkaisuus, vaikea ymmärrettävyys potilaalle sekä sen riittämättömät mahdollisuudet hallita lääkekustannusten kasvua. Maaliskuussa 2000 valmistui lääkekorvaustyöryhmän muistio, jossa se tarkastelee viittä eri korvausmallia. Nykyjärjestelmästä kehitetty malli sisältäisi kaksi korvausluokkaa: peruskorvaus ja yksi erityiskorvausluokka. Peruskorvausluokka olisi nykyistä luokkaa laajempi ja sen korvaustaso jäisi nykyisen peruskorvausluokan ja alemman erityiskorvausluokan korvaustasojen väliin. Erityiskorvattavien lääkkeiden määrä olisi nykyistä pienempi. Siihen kuuluisivat vain vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien sekä hoidossa välttämättömät ja elintärkeät lääkkeet. Potilaan omavastuu voitaisiin laskea joko ostokertakohtaisesti, lääkekohtaisesti tai prosentti-perusteisesti.

Ostokertakohtainen omavastuu on käytössä nykyjärjestelmässä. Siinä asiakas maksaa täyden markkamääräisen omavastuun kerralla ostamistaan saman korvausluokan lääkkeistä. Loppuosasta korvaus maksetaan prosentti-perusteisesti. Tässä järjestelmässä asiakkaan kannattaa keskittää tarvitsemiensa lääkkeiden hankinta, mutta tällöin asiakas saattaa hankkia myös sellaisia lääkkeitä, joita hän ei välttämättä tarvitse. *Lääkekohtaisessa omavastuussa* korvauksen määrä laskettaisiin jokaiselle ostokerran lääkkeelle erikseen. Asiakkaan maksumuus koostuisi kiinteästä osuudesta jonka ylittävältä osalta korvaus maksettaisiin prosentti-perusteisesti. Lääkkeen käyttäjän maksettavaksi jäävä omavastuu olisi aina sama riippumatta siitä, hankkiiko hän lääkkeensä samanaikaisesti vai eri ostokertoilla. Järjestelmä olisi asiakkaalle nykyistä helpommin ymmärrettävissä, mutta useita eri lääkkeitä käyttävän potilaan maksumuus nousisi helposti korkeaksi. *Prosentti-perusteisessa omavastuun* laskutavas

sa ei olisi kiinteätä omavastuuta, korvaus laskettaisiin prosenttiosuutena valmisteiden kustannuksista. Järjestelmä olisi asiakkaalle helposti ymmärrettävä.

Lääkkeiden hyödyllisyyteen perustuvassa mallissa lääkkeitä maksettavat korvaukset porrastettaisiin hoidon välttämättömyyden ja lääkkeen hyödyllisyyden perusteella. Hyödyllisyyttä arvioitaessa huomioitaisiin lääkkeen vaikuttavuuden lisäksi lääkkeestä aiheutuvat kustannukset ja taloudelliset hyödyt vaihtoehtoihin hoitoihin verrattuna. Tämä järjestelmä ohjaisi käyttämään lääkkeitä, joilla saadaan mahdollisimman paljon terveyshyötyjä, mutta järjestelmän ylläpito saattaisi olla vaikea ja raskas.

Kolmas malli on kustannusperusteinen malli, jossa on kiinteä lääkekohtainen omavastuu. Kiinteä omavastuu olisi 10-17 euroa (60-100 markkaa). Sen ylittävistä kustannuksista korvattaisiin nykyistä suurempi osuus, 80-90 prosenttia. Kustannuksiltaan halvemmat lääkkeet jäisivät kokonaan potilaan maksettaviksi ja korvaukset kohdentuisivat kalliisiin lääkkeisiin.

Neljäs malli on kustannusperusteinen malli, jossa on vuotuinen omavastuu. Tässä mallissa henkilöt, joiden vuotuiset lääkekustannukset ovat pienet, maksaisivat niistä itse suuremman osuuden kuin henkilöt, joiden lääkekustannukset ovat suuret. Mallissa potilaat maksaisivat nykyistä selvästi korkeamman alkuomavastuun (84-168 euroa, 500-1000 mk), minkä jälkeen lääkekustannuksia korvattaisiin prosentti-perusteisesti. Korvaus olisi sitä suurempi, mitä korkeammiksi kokonaiskustannukset muodostuvat vuoden aikana. Tämä edellyttäisi ajantasaista rekisteriä potilaan lääkeostoksista.

Viimeinen malli on kuntakohtainen malli, jossa tavoitteena on saada lääkehoito kiinteämmäksi osaksi terveydenhuoltoa ja estää epätarkoituksenmukaisia hoitovalintoja, jotka johtuvat terveydenhuollon eri rahoit-

tustavoista. Tässä järjestelmässä lääkkeet ja muut hoitovaihtoehdot olisivat tasavertaisia vaihtoehtoja. Julkinen terveydenhuolto vastaisi kaikesta järjestelmässä määrätystä lääkityksestä, sekä sairaalan että avohoidon lääkkeitä. Potilaan maksuosuus avohoidossa määrätystä lääkkeestä voisi sisältyä kiinteään asiakasmaksuun tai lääkkeestä perittäisiin erillinen asiakasmaksu. Yksityisestä terveydenhuollosta määrättyt lääkkeet korvattaisiin ja rahoitettaisiin kuten nykyään. Tässä mallissa aikaisempaa suurempi osa lääkehoidosta määrättäisiin julkisesta terveydenhuollosta.

Työryhmä mukaan uudistaminen voisi tapahtua joko nykyjärjestelmän tai kustannuksiin perustuvan, lääkekohtaisen omavastuun sisältävän mallin pohjalta. Helmikuussa 2002 on nimetty selvitysmies jatkaa uudistuksen valmistelua näiden kahden mallin pohjalta.

Terveydenhuollon uudistushankkeita

Valtakunnallinen Terveydenhuolto 2000-luvulle -ohjelma toteutettiin vuosina 1998 - 2001. Ohjelmalla oli valtakunnallinen ohjaus- ja seurantaryhmä. Toteutus nojasi terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistoimintaan yhteistyössä kuntien sosiaalitoimen, lääninhallitusten, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sekä maakuntaliittojen kanssa.

Yliopistosairaaloiden erityisvastuualueisiin pohjautuneet viisi alueellista yhteistyöryhmää valitsivat kärkihankkeensa paikallisten lähtökohtien mukaan. Kärkihankkeina käsiteltiin muun muassa potilaan aseman turvaamista, palveluiden saatavuutta ja hoitoon pääsyä, sairaanhoitopiirien työnjakoa, hyvinvointistrategioita, laadun turvaamista, väestövastuun toiminnan laajentamista, lääkäriyövoiman saatavuutta, tietoteknologian hyödyntämistä sekä huumeiden käyttäjien hoitoon ohjaamista.

Valtioneuvosto asetti syksyllä 2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin tehtävänä on arvioida palvelujärjestelmän nykyiset ja uhkaamassa olevat ongelmat. Projektin on laadittava suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma ongelmien poistamiseksi. Hankkeen alkuvaiheessa ovat olleet esillä muun muassa hoitoon pääsyn turvaaminen kohtuullisessa ajassa, ennakoitavan, vakaan ja riittävän suuruisen rahoituksen turvaaminen sekä henkilökunnan osaamisen ylläpitäminen. Hankkeen johtoryhmä jättää esityksensä keväällä 2002.

Maksukaton ylitti lähes 70 000 henkilöä

Sosiaali- ja terveystalouden asiakasmaksuja korotettiin vuoden 2000 alusta. Erityisesti nousi päiväkirurgian maksu. Samalla säädettiin terveydenhuollon palvelumaksuille maksukatto. Jos maksut ylittivät 588 euroa (3 500 markkaa) 12 kuukauden aikana, oli avopalveluiden käyttö tämän jälkeen maksutonta ja laitoshoidosta perittävät maksut huomattavasti alennettuja. Maksukaton tarkoituksena on estää kohtuuton maksurasitus paljon terveystalouksia käyttävillä. Vuonna 2000 vapaakortteja myönnettiin lähes 70 000 maksukaton ylittäneelle henkilölle. Niistä valtaosa myönnettiin terveydenhuollossa. Vapaakortit vähensivät kuntien ja sairaanhoitopiirien asiakasmaksukertymää yhteensä 20,6 miljoonalla eurolla (122,5 milj. mk).

Maksukattojärjestelmä koettiin työllistäväksi ja monimutkaiseksi. Järjestelmän yksinkertaistamiseksi sen seuranta-aika muuttui vuoden 2001 alusta kalenterivuodeksi.

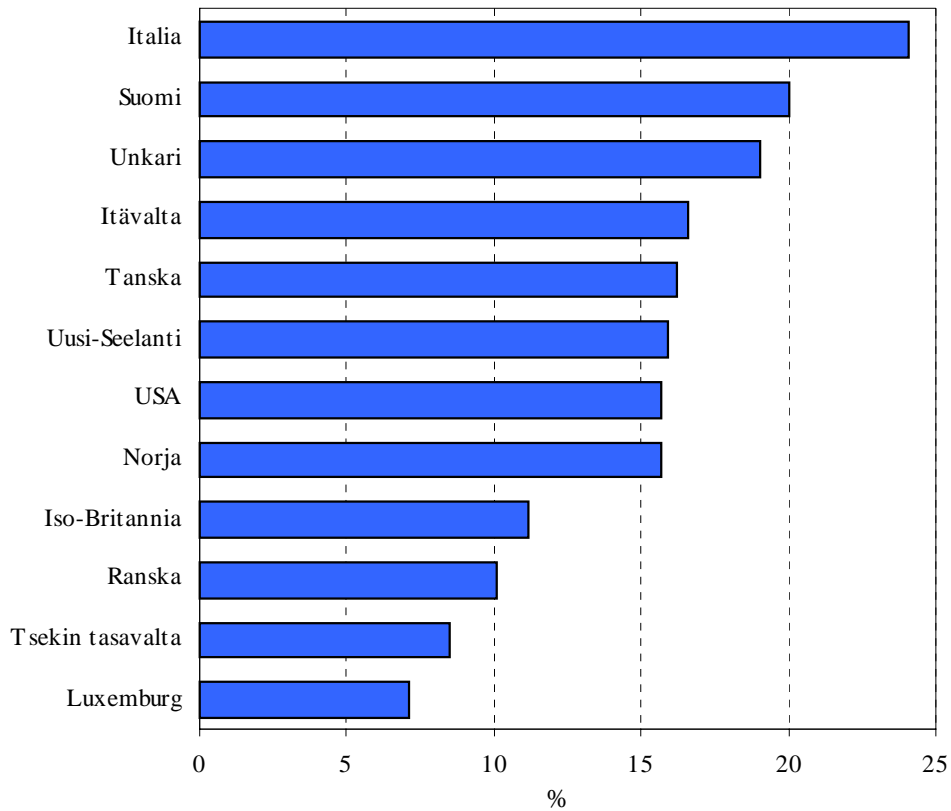
Vuoden 2002 alusta maksukaton raja on 590 euroa.

Terveysmenojen rahoitus

Vuosina 1970-99 julkisen rahoituksen eli verorahoituksen ja pakollisen sosiaalivakuutuksen osuus terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta kasvoi niissä OECD:n jäsenmaissa, joissa tämä osuus oli alhainen 30 vuotta sitten. Erityisesti näin kävi USA:ssa, jossa julkisen rahoituksen osuus nousi kahdeksan prosenttiyksikköä ollen 44,5 prosenttia vuonna 1999. Maissa, joissa julkisen rahoituksen osuus menojen rahoittamisessa oli vuonna 1970 korkea, osuus on pääosin laskenut muutaman prosenttiyksikön. Terveydenhuollon kokonaismenoista julkisesti rahoitettavat osuudet eri maissa ovat lähestyneet toisiaan.

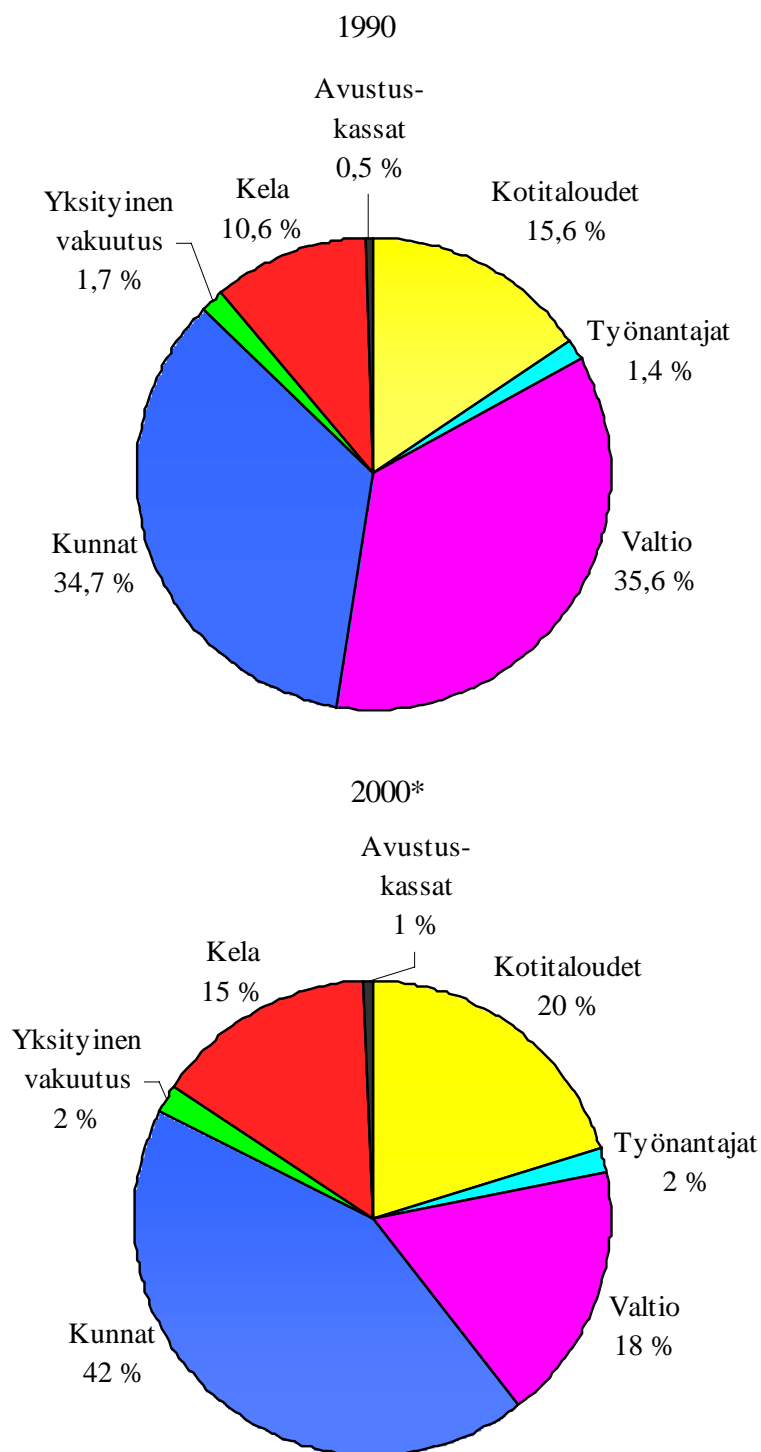
Suomessa julkisin varoin rahoitettu osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli vuodesta 1975 lähtien 79-81 prosenttia 1990-luvun alkupuolelle asti. Talouslaman vaikutuksesta julkisen rahoituksen osuus laski muutamalla prosenttiyksiköllä ollen 75,5 prosenttia vuonna 1999. Tämä on EU-maiden keskitasoa. Suomessa julkisen rahoituksen osuus oli kansantuotteeseen suhteutettuna 5,1 prosenttia osuuden ollessa USA:ssa 5,7 prosenttia. Terveydenhuollon menoista asiakasmaksuilla katettu osuus on Suomessa kansainvälisesti vertaillen korkea (Kuvio 17). Viimeaikaiset korotuksen potilasmaksuihin nostavat osuutta edelleen. Jatkossa tulisi pitäytyä asiakasmaksujen korotuksista, sillä ne raskastavat erityisesti pienituloisia kotitalouksia. Asiakasmaksupolitiikkaa käsitellään tarkemmin luvussa 3.

Kuvio 17. Asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien osuus terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta eräissä OECD-maissa vuonna 1999



Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus on 1990-luvulla siirtynyt enenevässä määrin kuntien ja kotitalouksien rahoitta-

maksi. Valtion rahoittama osuus on laskenut. (Kuvio 18)

Kuvio 18. Terveystoimen kokonaismenojen rahoitus Suomessa vuosina 1990 ja 2000*

* arvio

Terveystoimen menoihin kunnat saavat valtiolta sosiaali- ja terveystoimen valtionosuutta. Vuonna 2000 se kattoi noin viidenneksen näistä menoista. Valtionosuiden markkamäärä laski selvästi vuoteen

1999 asti, mutta nousi hieman vuonna 2000. Asiaksmaksuilla kunnat pystyivät kattamaan perusterveydenhuollon menoista noin 12 prosenttia ja erikoissairaanhoidon menoista noin 6 prosenttia.

Sairausvakuutus rahoitetaan pääosin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävien maksuin. Vuodesta 1998 lähtien valtio on maksanut ns. takuusuoritusta sairausvakuutus-

rahaston maksukyvyn turvaamiseksi ja vuodesta 1999 lähtien osa arvonnäkövero- tuotosta on ohjattu sairausvakuutuksen rahoitukseen.

Lakisääteinen tapaturmavakuutus rahoitetaan kokonaan työnantajien vakuutusmak-

suilla ja liikennevakuutuksen korvaukset vakuutettujen vakuutusmaksuilla.

Taulukko 3. Sairaus ja terveystapahtumien rahoitusosuudet vuonna 2000

	Menot, Rahoitusosuudet (%)					
	milj. euroa	Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Sairausvakuutus ¹⁾	1 440	11	0	37	52	0
Lakisääteinen tapaturmavakuutus ²⁾	175	0	0	100	0	0
Liikennevakuutus ²⁾	60	0	0	0	100	0
Perusterveydenhuolto ³⁾	2 130	21	67	0	0	12
Erikoissairaanhoito ³⁾	3 000	23	71	0	0	6

¹⁾ Sisältää sairauspäivärahat, ei vanhempainpäivärahoja

²⁾ Ilman eläkkeistä ja jatkuvia korvauksia

³⁾ sisältää asiakasmaksut

Kirjallisuutta

- Health in the EU under the microscope. A first statistical guide. European Commission, 2000.
- Hein Ritva, Virtanen Ari (toim.). Alkoholi ja huumeet 2000. Stakes. Tilastoraportti 4/2001.
- Kelan hoitamaa sosiaaliturvaa koskevat laskelmat vuosille 2000-2002. Kansaneläkelaitos. Toukokuu 2001.
- Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2001:11.
- Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:15.
- OECD Health Data 2001.
- Terveystapahtumien laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:20.
- Terveystapahtumat 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2000:21.
- Terveystapahtumien kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-99. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:58. Helsinki, 2001.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystapahtumat 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4.

2.2. Toimintarajoitteisuus

	1999	2000*	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	4 450	4 410	4 520	4 640
- josta toimeentuloturva (milj. euroa)	3 530	3 390	3 470	3 540
% sosiaalimenoista	13,8	13,3	13,1	12,8
% BKT:sta	3,7	3,4	3,3	3,3
Työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	282 050	276 300	275 900	276 700
Vammaistuen saajat 31.12	11 700	12 000	12 500	12 600
Kuljetuspalveluja saaneet, vuoden aikana	61 700	66 500	67 000	64 000
Kodinhuoltoapua saaneet vammaiskotitaloudet, vuoden aikana	6 580	6 370	6 500	6 600
Omaishoidon tukea saaneet vammaiset, vuoden aikana	7 700	7 700	8 000	8 200

* ennakkotieto

** ennuste

Työkyvyttömille ja vammaisille henkilöille kohdistuvan sosiaaliturvan menojen en-
nustetaan nousevan 120 miljoonalla eurolla
(713 milj. mk) vuonna 2002. Toimintara-
joitteisuusmenojen osuus sosiaalimenoista
on pienentynyt jo pitkään. Suurin osa (60
) toimintarajoitteisuusmenoista on työ-
kyvyttömyyseläkemenoja.

Eläkkeitä tai muita toimintarajoitteisuuteen
liittyviä etuuksia maksetaan noin joka
kymmenennelle 16 - 64-vuotiaalle suoma-
laiselle. Sairausperusteisella varhaiseläk-
keellä olevien osuus väestöstä oli suurim-
millaan 1990-luvun alussa, viime vuosina
se on laskenut erityisesti yli 50-vuotiaiden
mutta myös nuorempien joukossa. Työky-
vyttömyyseläkkeellä olevien osuus on pie-
nentynyt 8 prosenttiin 16 - 64-vuotiaasta
väestöstä.

Viidesosa toimintarajoitteisuusmenoista on
palvelumenoja. Vammaisten palvelujen ra-
kenne on muuttunut avopalvelujen suun-
taan. Vammaisten henkilöiden oikeuksia
vamman aiheuttamia haittoja korvaaviin
sosiaalipalveluihin ja kuntoutukseen pa-
rannettiin lainsäädännöllä etenkin 1980-
luvun lopussa ja 1990-luvun alussa. Tämä
vaikutti eräiden palvelujen asiakasmäärien
kasvamiseen läpi 1990-luvun taloudellisten
vaikeuksien.

Tavoitteena ikääntyvien ja vajaakun- toisten työllisyysasteen kohottaminen

Väestön työ- ja toimintakykyä koskevalla
politiikalla on kolme päätavoitetta. Yh-
täältä korostetaan ikääntyvien (45+) työn-
tekijöiden työkyvyn säilyttämistä, työllii-
syysasteen kohottamista ja eläkkeelle siir-
tymisiän myöhentämistä. Toinen keskeinen
tavoite on nuorten vammaisten henkilöiden
kuntoutuminen työmarkkinoille (integraa-
tio, aktivointi). Kolmas päätavoite on
edistää eri-ikäisten vammaisten henkilöi-
den päivittäistä suoriutumista ja yhdenver-
taista osallistumista.

Työssä olevien määrään suhteessa huollet-
taviin vaikuttaa väestön ikärakenteen lisäk-
si moni muukin seikka. Niistä tärkeimpiin
kuuluvat todellinen eläkkeellesiirtymisikä
ja naisten osallistuminen työelämään.
Suomessa suurinta kohoamisvaraa on
ikääntyneiden miesten ja naisten työvoi-
maosuuksissa (ks. kuvio 57). Jos ne ko-
hoavat hitaasti, työvoiman tarjonta alkaa
supistua muutaman vuoden kuluttua. Jos
ne kohoavat nopeasti, työvoiman tarjonnan
väheneminen lykkääntyy vuoden 2010 tie-
noille. Myös nuorten vammaisten ja vaja-
kuntoisten henkilöiden työllisyysasteessa
on huomattavia kohenemisen mahdolli-
suuksia.

Kun henkilöllä on sairaus tai vamma tai kun työntekijän terveys- ja työkyky heikenevät, tarjolla on vaihtoehtoisia toimintamalleja. (1) "Työlinja" painottaa kuntoutusta, koulutusta ja muita toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on poistaa sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitteet ja tähdätä henkilön jatkamiseen työelämässä tai hänen kuntoutumiseensa työelämään. Tämän linjan ensisijaisuutta korostetaan nykyisin sekä ikääntyvien työntekijöiden että vammaisten nuorten kohdalla. Toisaalta (2) erilaiset varhaiseläkkeet ovat pysyneet yleisesti käytettynä reittinä työelämästä poistumiseen ennen vanhuuseläkeikää. (3) Sairausturva ja sitä seuraava työkyvyttömyyseläke on perinteinen väylä pois työelämästä. Sen käyttö vähentyi 1990-luvulla osittain laajan työttömyyden vuoksi. Sen sijaan työelämästä poistuminen (4) työttömyysreittiä työttömyyspäivärahan ja työttömyyseläkkeen turvin yleistyi. Viimesijaisena vaihtoehtona on toimeentulon järjestäminen (5) tarveharkintaisten etuuksien eli työmarkkinatuen, toimeentulotuen ja asumistuen avulla.

Vammaispolitiikan valtavirtaistamisperiaatteella tarkoitetaan kaikkien hallinnonalojen vastuuta ottaa huomioon vammaisasiat omassa politiikassaan ja vammaisten tarpeisiin vastaamista ensisijaisesti kunkin hallinnonalan yleisten järjestelmien avulla. Vammaisten ihmisten syrjäytymisen ehkäisemiseen kuuluvat aktiivisuuteen kannustavan sosiaaliturvan lisäksi työllisyyden parantaminen ja muut työelämän kysymykset. Vammaisten yhdenvertaisiin osallistumismahdollisuuksiin vaikuttavat myös esteettömyyden eteneminen asumisessa ja muussa elinympäristössä, liikenteessä, kommunikaatiossa ja tiedonvälityksessä.

Vammaisen tarpeet huomioon ottavien työ- ja elinympäristöjen luominen ei välttämättä maksa yhteiskunnalle enempää kuin vammaisten ihmisten jättäminen yhteiskunnan normaalien toimintojen ulkopuolelle ja

erilaiset erityisratkaisut. Uuden tieto-, kommunikaatio- ja apuvälineteknologian tehokkaammalla hyödyntämisellä ja uusien työllistymismenetelmien sovelluksilla voidaan osaltaan edistää vammaisten henkilöiden yhdenvertaisten mahdollisuuksien toteutumista.

Työelämässä pysymistä edistäviä toimia

Eläke- ja muuta sosiaaliturvalainsäädäntöä on viime vuosina muutettu työelämässä pysymistä kannustavaan suuntaan. Ikääntyvien ja vajaakuntoisten henkilöiden työmarkkina-asemaa on pyritty parantamaan lisäämällä ja kehittämällä ammatillista kuntoutusta ja erilaista työkykyä ylläpitävää toimintaa. Myös uusia työllistymismenetelmiä on kokeiltu erilaisissa hankkeissa.

Monet ikääntyneiden työntekijöiden työssä pysymiseen tähtäävät toimenpiteet ovat olleet eläkepoliittisia. 1990-luvulla eläkkeiden ikärajoja nostettiin korottamalla työttömyyseläkkeen ikäraja 60 vuoteen, nostamalla valtion ja kuntien vanhuuseläkeikä 63 vuodesta 65 vuoteen sekä nostamalla yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja ensin 55 vuodesta 58 vuoteen vuonna 1996 ja vuoden 2000 alusta 60 vuoteen. Työttömyyseläkkeen muihin ehtoihin tuli heikennyksiä vuonna 2000. Nämä toimenpiteet vähensivät eläkkeelle jäämistä ja nostivat työvoimaosuuksia, mutta samalla ne johtivat ensivaiheessa ikääntyneiden työttömyyden kasvuun. Ikääntyneiden työmarkkinatilanne on parantunut vasta viime vuosina. Eläkepoliittisiin toimiin on kuulunut myös muun muassa osa-aikaeläkkeen ikärajan alentaminen ja muiden ehtojen parantaminen (ks. luku 2.3).

Eläkepoliittisilla toimenpiteillä voidaan vähentää eläkehakuisuutta, mutta ne eivät välttämättä vaikuta työssä selviytymiseen ja jaksamiseen. Tätä puolta on pyritty edistämään kuntoutuksella ja erilaisilla työkyvyn ylläpitämiseen ja kohentamiseen tähtäävillä ohjelmilla. Kuntoutusmahdoli

suudet tulee nykyisin aina kartoittaa ennen eläkeratkaisuja. Vuonna 1996 määräaikainen työkyvyttömyyseläke korvattiin kuntoutustuella. Työmarkkinajärjestöt ja työeläkelaitokset ovat sopineet, että työssä olevien oikeutta työeläkejärjestelmän kustantamaan varhaiseen kuntoutusselvittelyyn kehitetään. Järjestelyt aloitettiin 58- ja 59-vuotiaista vuonna 2000 ja tarkoituksena on laajentaa toimintaa kattamaan kaikki työntekijät vuonna 2002.

Kuntoutusta järjestettäessä kuntoutuksen saajan tausta kuntoutukseen alkaessa vaikuttaa merkittävästi siihen, palaako hän takaisin työelämäänsä vai siirtyykö osa- tai kokoaikaeläkkeelle. Riittävän varhainen ajoittuminen on keskeinen tekijä kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta.

Työpaikoilla toteutettava työkykyä ylläpitävä toiminta (tyky) yleistyi 1990-luvun lopussa. Tyky-toiminta on arvioitu kansantaloudellisesti ja liiketaloudellisesti kannattavaksi. Toiminta vähentää sairaus-, tapaturma- ja eläkekustannuksia ja lisää tuottavuutta. Tyky-toiminnan ulottaminen yksilöjen rinnalla myös koko työyhteisöjen toimintaan on osoittanut tärkeäksi tulosten kannalta. Haasteena on toiminnan jatkaminen ja kehittäminen suhdanteista riippumatta.

Kansallisen ikäohjelman (1998 - 2002) keskeisenä tavoitteena on ollut työelämän asenneilmapiirin muuttaminen ikääntyvien työntekijöiden voimavaroja arvostavaan suuntaan. Lisäksi vuonna 2000 käynnistettiin työssä jaksamisen toimenpideohjelma ja laaja työelämän kehittämisohjelma. Joidenkin selvitysten mukaan ikääntyvien työntekijöiden ikäsyryjäntä työhönotossa olisi viime aikoina jonkin verran vähentynyt. Toisaalta leimaaminen vanhaksi on edelleen yleistä etenkin työhönotossa usein jo 40 ikävuodesta alkaen.

Työssäolovuosien lisääminen edellyttää jatkossakin muutoksia sosiaaliturvassa, työelämässä ja asenteissa. Kaikki sellaiset järjestelmät, jotka houkuttelevat siirtymään varhaiselle eläkkeelle realistisen koulutus- tai kuntoutusvaihtoehdon sijasta, joudutaan arvioimaan uudelleen. Toisaalta varhaiseläkkeiden ikärajojen nostamisella ja muulla ehtojen kiristämällä voi olla toivottu vaikutus vain, jos työllisyyden ja muu työelämän kehitys tukee työelämässä jatkamista. Muussa tapauksessa tuloksena saattaa olla ikääntyvien ja vajaakuntoisten henkilöiden pitkäaikais- ja toistuvaistyöttömyyden kasvaminen sekä varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kääntymisen kasvuun.

Työmarkkinaosapuolten sopimus eläkejärjestelmien kehittämisestä

Marraskuussa 2001 työmarkkinaosapuolet solmivat periaatesopimuksen ehdotuksesta yksityisen sektorin työeläkkeiden kehittämisestä. Tavoitteena on muuttaa työeläkejärjestelmää niin, että keskimääräinen eläkkeelle jäämisikä myöhentyisi parilla kolmella vuodella. Samalla on tarkoitus varautua eliniän kasvuun sekä varmistaa ansiosidonnaisten eläkkeiden tavoitetaso riittäväksi ja työssä jatkamiseen kannustavaksi. Mikäli tässä onnistutaan, työeläkemaksun nousupaineet vähentyvät ja järjestelmän pitkän aikavälin rahoitus on aiempaa vakaammalla pohjalla.

Työmarkkinajärjestöt ehdottavat muun muassa työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen lakisääteistämistä, mikä merkitsisi työkyvyttömyyden uhan toteutamiseen perustuvaa oikeutta ammatilliseen kuntoutukseen. Sopimuksen mukaan yksilöllinen varhaiseläke ja työttömyyseläke lakkautettaisiin siirtymäaikojen jälkeen ja työkyvyttömyyseläkkeen ehtoja muutettaisiin. Myös osa-aika- ja vanhuuseläkkeeseen ehdotetaan muutoksia (ks. 2.3.)

Pääosan uudistuksista on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2005 alusta. Kuntoutusta ja osa-aikaeläkettä koskevat uudistukset sekä yksilöllisen varhaiseläkkeen lakkauttaminen 1944 ja sen jälkeen syntyneiltä ehdotetaan toteutettavaksi vuoden 2003 alusta.

Eläkkeelle siirtymistä pyritään myöhentämään niin sanotulla kannustinkarttumalla. Kannustinkarttuma olisi yleisen 1,5 prosentin karttuman sijasta 4,5 prosenttia vuodessa 63 - 67-vuotiaana, kun nykyinen superkarttuma on 2,5 prosenttia palkkatulosta 60 - 64-vuotiaana. Työntekijä voisi halutessaan jatkaa työntekoa 68 vuoden ikään asti. Lykättäessä eläkkeelle siirtymistä 68 vuoden ikää myöhemmäksi eläkettä korotettaisiin 0,4 prosentilla eli 4,8 prosentilla kutakin lykkäysvuotta kohti.

Ehdotuksen mukaan työntekijä voisi halutessaan 62 vuoden iästä lukien siirtyä varhennetulle eläkkeelle. Varhennusvähennys olisi 0,6 prosenttia kutakin varhennuskuukautta eli 7,2 prosenttia varhennusvuotta kohti 63 vuoden ikään saakka.

Työkyvyttömyyseläkkeissä ehdotetaan siirryttäväksi malliin, jossa niin kutsuttu tulevan ajan karttuma liittyisi kaikkiin työkyvyttömyyseläkkeisiin. Työkyvyttömyyseläkkeessä tuleva aika laskettaisiin jatkossa 63 vuoden ikään saakka. Tulevan ajan karttumaprosentiksi 50 vuoden iästä lukien ehdotetaan 1,2 prosenttia. 60 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyyseläkeoikeuden arvioinnissa painotettaisiin työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta.

Periaatesopimuksen pohjalta on ryhdytty lainvalmisteluun käymällä ensin läpi ehdotusten lukuisia yksityiskohtia ja arvioimalla toimenpiteiden vaikutuksia. Samalla tarkastellaan sopimuksessa ehdotettujen yksityisalojen työeläkkeiden muutosten soveltamista myös julkisen sektorin eläkejärjestelmiin.

Eläketurvakeskuksessa tehtyjen arvioiden mukaan uuden työeläkkeitä koskevan sopimuksen toteutuminen kohottaisi eläkkeelle jäämisikää vajaan vuoden verran. Kun otetaan huomioon myös vuoden 2000 alussa voimaan tulleet eläkeuudistukset, muutosten yhteisvaikutus eläkeiän odotukseen olisi pitkällä aikavälillä runsaat kaksi vuotta.

Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke väylinä pois työelämästä

1990-luvulla vain noin yksi kymmenestä 65 vuoden iän saavuttaneesta suomalaisesta teki ansiotyötä vanhuuseläkeikään asti. Tämä suhde näyttäisi kasvavan vuonna 2002 arviolta yhteen seitsemästä 65 iän saavuttavasta henkilöstä.

Työntekijän pysymiseen työelämässä vaikuttaa työvoiman kysyntätekkijöiden ohella se, millaisia vaihtoehtoisia kanavia pois työelämästä on tarjolla. Myös työnantajat voivat vaikuttaa, kannustaa tai painostaa tiettyyn ratkaisuun. Työntekijä valitsee todennäköisimmin sen reitin, joka on mahdollinen tai sopii parhaiten omaan elämäntilanteeseen. Helpointa on valita reitti, johon voi vaikuttaa omalla päätöksellään. Työttömyyseläkkeen ehdoksi riittää ikäehdon täyttymisen lisäksi työttömyys, kun taas yksilöllistä varhaiseläkettä koskevista hakemuksista hylätään noin 25 prosenttia. Tavallisen työkyvyttömyyseläkkeen hakemuksista hylätään 10 - 20 prosenttia.

Ikääntyneiden työllisyyteen vaikuttaa merkittävästi työttömyyseläke ja sille johtava "eläkeputki" eli työttömyysturvan lisäpäiväraha-oikeus, joka koskee nykyisin 55 vuotta täyttäneitä. Työttömäksi jääminen on perinteisesti yleistynyt merkittävästi eläkeputki-ikä saavuttamisen jälkeen. Työttömäksi jäämisessä ei ole suurta eroa sukupuolten kesken. Sen sijaan vähäinen koulutus lisää selvästi riskiä joutua työttömäksi ja kokonaan työelämän ulkopuolelle. Työttömyyseläkeputkessa olevien työttö

myyden päättyminen on harvinaista. Eläkeputken käyttö on yleisintä kansainvälisen kilpailun ja rakennemuutoksen kouriin joutuneilla aloilla.

Ikääntyneiden työllisyys parantui talouslamman jälkeen myöhemmin kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Osittain tämä johtuu siitä, että pitkäaikais- tai toistuvaistyöttömiksi on jäänyt paljon yli 50-vuotiaita, joiden on vähäisen koulutuksen tai vajaa-kuntoisuuden takia vaikea löytää työtä. Osa tähän väestöryhmään kuuluvista työttömistä olisi saattanut siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle, mikäli olisi onnistunut säilyttämään työpaikan lamavuosina. Työministeriön käynnistämässä hankkeessa selvitetään parhaillaan ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytyksiä.

Yli 55-vuotiaiden työllisyystilanne on kohentunut ripeästi vuodesta 1998 alkaen (taulukko 4). Vuonna 2000 ikääntyneiden työllisyys parani kaikista ikäryhmistä eniten. 55-59-vuotiaat ovat ainoa ikäryhmä, joka osallistuu työelämään laajemmin kuin 1980-luvun lopulla. 55-59-vuotiaista on työssä jo noin 65 prosenttia. Myös 60-64-vuotiaat ovat työssä aiempaa yleisemmin, mutta toisaalta myöskin heidän työttömyytensä näyttäisi hieman yleistyvän.

Myönteisen kehityksen taustalla on ennen kaikkea se, että ikääntyneet työntekijät ovat olleet pysyneet entistä useammin säilyttämään työpaikkansa. Nuorten parantunut työllisyys on merkinnyt sitä, että nuorta, halvempaa ja koulutetumpaa työvoimaa ei ole ollut yhtä helppo saada kuin lamavuosina. Myös osa-aikaeläkkeen yleistyminen on vähentänyt kokoaikaista poistumista työelämästä.

Työttömien osuus 55-59-vuotiaasta väestöstä oli pienentynyt vuoden 2001 loppupuolella 14 prosenttiin. Erityisesti 55-57-vuotiaiden työttömyys oli vähentynyt. Näyttää mahdolliselta, että suuriin 1945 - 1949 syntyneisiin ikäluokkiin kuuluvat

henkilöt eivät siirry eläkeputkeen samassa mitassa kuin heitä edeltävät ikäluokat.

Varhainen työelämästä poistuminen johtuu suurelta osin ikääntyvän työvoiman heikosta kysynnästä. Työttömäksi jäävien ikääntyneiden työntekijöiden on edelleen hyvin vaikea löytää uutta työpaikkaa. Työllistymisvaikeudet korostavat tarvetta tukea heidän työssä selviytymistään, ammatillisen osaamisen ylläpitämistään ja riittävän varhaista kuntoutustaan.

Kun yli 55-vuotiaat työntekijät siirtyvät pois työelämästä, he siirtyvät selvästi yleisemmin eläkkeelle kuin työttömiksi. Eläke on nykyisin ensisijainen reitti pois työelämästä 58. ikävuodesta alkaen. Virta työstä varhaiseläkkeille kuitenkin pienentyi 1990-luvulla. Ikääntyneiden varhaiseläkkeen saajien osuus väestöstä supistui ja työttömien väestöosuus kasvoi. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuus pienentyi sekä 55-59-vuotiaiden että 60-64-vuotiaiden ikäryhmässä. Työttömyyseläke ja osa-aikaeläke ovat korvanneet työkyvyttömyyseläkettä ja yksilöllistä varhaiseläkettä.

Vuonna 2000 yhteensä puolet 55-64-vuotiaista (naisista 50 % ja miehistä 49 %) oli eläkkeellä (kuvio 19). 55-64-vuotiaiden eläkkeensaajien väestöosuudessa eläkelajin mukaan ei ole suuria eroja sukupuolten kesken. Suurin ero on varsinaisessa työkyvyttömyyseläkkeessä, joka on ollut aina yleisempi miesten kuin naisten keskuudessa. Sukupuolten väliset erot ovat kuitenkin kaventuneet, mikä johtuu osaltaan naisten laajentuneesta osallistumisesta työmarkkinoille. Vuonna 2000 55-64-vuotiaista naisista 19 prosenttia ja miehistä 22 prosenttia oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Sen sijaan vuodesta 1991 alkaen naisista hieman suurempi osuus kuin miehistä on ollut yksilöllisellä varhaiseläkkeellä.

Taulukko 4. Ikääntyvien työmarkkinatilannetta ja eläkkeelläoloa kuvaavia väestösuhdelukuja vuosien 1997 - 2001 lopussa ¹

	1997	1998	1999	2000	2001
Työlliset, % ikäryhmästä ²					
55-59-vuotiaat	49,3	52,5	56,5	61,3	64,5
- Osa-aika	5,7	6,2	7,5	10,3	10,4
- Koko-aika	43,6	46,2	49,0	50,8	53,9
60-64-vuotiaat	19,5	19,3	21,8	24,8	25,8
- Osa-aika	5,0	5,2	6,9	8,1	7,5
- Koko aika	14,5	14,1	14,9	16,6	18,3
Eläkkeensaajat, % ikäryhmästä ²					
55-59-vuotiaat	27,4	26,3	26,6	26,5	...
- Osa-aika	0,8	1,9	3,7	4,8	5,0
- Koko-aika	26,7	24,4	22,9	21,7	...
60-64-v	79,3	78,1	77,0	76,5	...
- Osa-aika	1,9	2,2	2,9	3,7	4,6
- Koko-aika	77,4	75,9	74,1	72,8	...
Työttömät, % ikäryhmästä					
55-59-v	21,1	20,0	18,9	16,2	14,1
60-64-v	4,1	4,1	4,7	4,5	4,7
Työllisen ajan odote 50 v iässä ⁵	7,2	7,4	7,8	8,1	8,5*

¹ Neljäs vuosineljännes 1997 - 2000, loka-marraskuu 2001.

² Tilastokeskus, työvoimatutkimus.

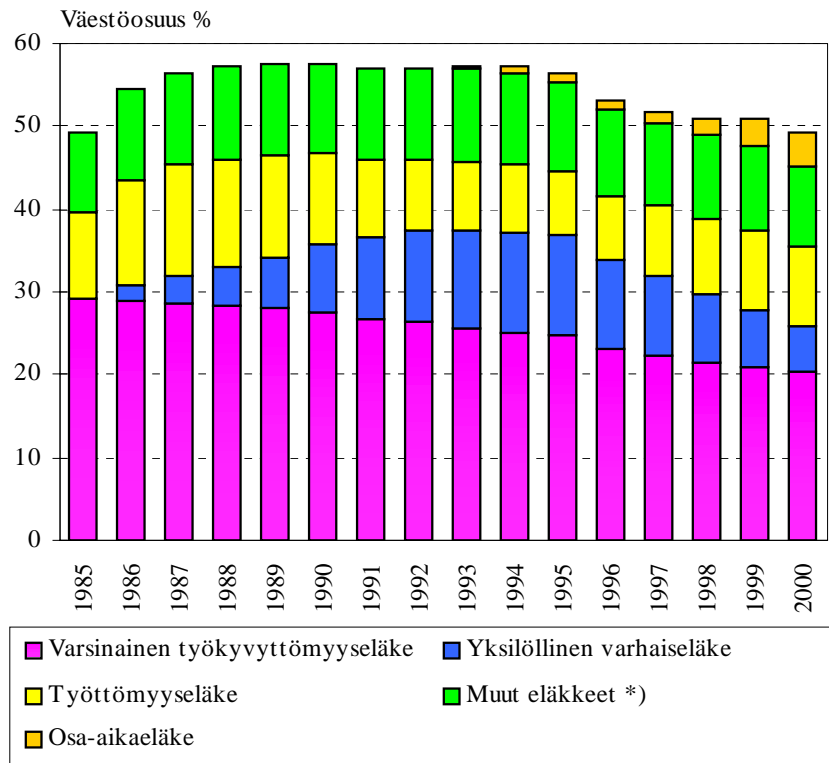
³ ETK/Kela, yhteistilasto

⁴ Työministeriö.

⁵ Tilastokeskus, työvoimatutkimus ja elinajan taulut.

* Arvio.

Lähde: Hytti 2002

Kuvio 19. 55-64-vuotiaiden eläkkeensaajien väestöosuus eläkelajin mukaan 1985 - 2000

*) Vanhuuseläke, maatalouden erityiseläkkeet, rintamasotilas- ja rintamaveteraanieläke

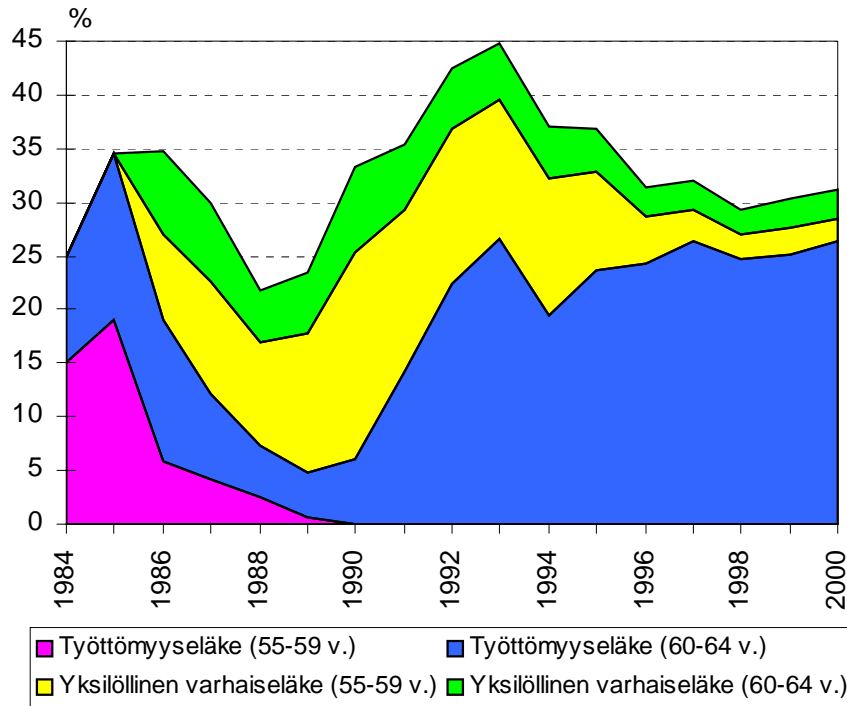
Eläkkeensaajiin sisältyvät kaikki työ- ja/tai kansaneläkettä saavat. Vuodesta 1996 lähtien eläkkeensaajien määrään sisältyvät vain Suomessa asuvat eläkkeensaajat, aikaisempina vuosina ovat mukana myös ulkomailla asuvat eläkkeensaajat.

Lähde: Eläketurvakeskus

Työttömyyseläke on 60-64-vuotiaiden ikäryhmässä lähes yhtä keskeinen eläkemuoto kuin varsinainen työkyvyttömyyseläke. Erityisesti työttömyyseläkkeelle ohjautumisessa painavat myös taloudelliset kannustimet. Työttömyysturvaan verrattuna eläke on varsin kilpailukykyinen vaihtoehto, vaikka työttömyyseläkkeen tasoa heikennettiin vuonna 2000. Työttömyysuhkaa kokevilla henkilöillä eläkkeen houkuttelevuutta lisää se, että työttömyyden jälkeiset

alkupalkat ovat selvästi alempia kuin samanikäisten keskipalkat. Matalapalkkaisten työntekijöiden eläkkeelle siirtymishalua selittää osaltaan se, että heidän nettotulonsa pienenevät eläkkeelle siirtymisen jälkeen todennäköisesti suhteellisesti vähemmän kuin suurempituloisilla. Todennäköisyyttä jäädä työttömyyseläkkeelle lisäävät myös alhainen koulutustaso, asuminen Itä- tai Pohjois-Suomessa, puolison työttömyys ja työskentely yksityisellä sektorilla.

Kuvio 20. Alkaneiden työttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden osuus
55 – 64-vuotiaiden ikäryhmässä vuosina 1984 - 2000, prosenttia



Eläkkeelle siirtyneiden keski-ikä jatkoi nousuaan vuonna 2000, jolloin se oli runsaat 59 vuotta. Myös tosiasiallinen työelämästä poistumisikä kohosi muun muassa siksi, että työttömyyseläkeputkessa oltiin keskimäärin entistä lyhyemmän aikaa. Vaikka tavoite eläkkeellesiirtymisiään nousun jatkumisesta toteutuisi, ikääntyneiden työntekijöiden tarve erityisturvaan työttömyyden kohdatessa ei poistu vielä lähivuosina.

Kun ikääntyneet jatkavat pidempään työelämässä, työssä käyvä väestö on entistä iäkkäämpää. Paineet siirtyä työstä eläkkeelle vähenevät, jos työelämän vaatimukset kytetään sovittamaan yhteen työntekijöiden ikääntymisen sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien osuus väestöstä pienentynyt

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyy nykyisin noin 30 000 henkilöä vuodessa. Työky-

vyttömyyseläkkeelle siirtyneiden henkilöiden keski-ikä on kohonnut. Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden osuus väestöstä on pienentynyt jo pitkään. Vammaisten ja vajaa-kuntoisten nuorten henkilöiden työkyvyttömyyseläkkeet ovat osittain korvautuneet opintotuella ja kuntoutusrahalla. Uusien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrää on vähentänyt eläkkeen ikärajan nostaminen 55 vuodesta 60 vuoteen (kuvio 20).

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden väheneminen on koskenut muita kuin mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjä eläkkeitä.

Kelan reseptilääkkeiden käyttöä koskevien rekisteritietojen perustella suuret ikäluokat eivät ole terveydentilaltaan ainakaan huonompia kuin heitä edeltävät ikäpolvet. Päinvastoin joitakin kansantauteja kuten esimerkiksi verenpainetauti on suurilla ikäluokilla vähemmän. Tämä saattaa viitata siihen, että myös 50 vuotta täyttäneiden

työkyvyttömyysriski voi alentua myös tulevaisuudessa.

Työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä ei ole tarkka työikäisten terveyden ja työkyvyn mittari. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrään vaikuttavat muun sosiaaliturvan sisältö ja laajuus, eläkkeeseen oikeuttavan työkyvyttömyyden määrittely sekä työllisyyden ja työelämän muutokset.

Laaja työttömyys ja työttömyyseläkkeen käyttö vaikuttivat 1990-luvulla työkyvyttömyyseläkkeiden määrään. Työkyvyttömyyseläkkeitä hakevat eniten raskailla aloilla - rakennus- ja teollisuudessa - työskentelevät henkilöt ja näillä aloilla moni jäi työttömäksi lamavuosina. Tämä vähensi työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumista. Muita työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen vaikuttavia seikkoja ovat muun muassa alhainen koulutustaso, asuinpaikka, puolison työssäkäynti ja aiempi hylkäävä eläkepäätös.

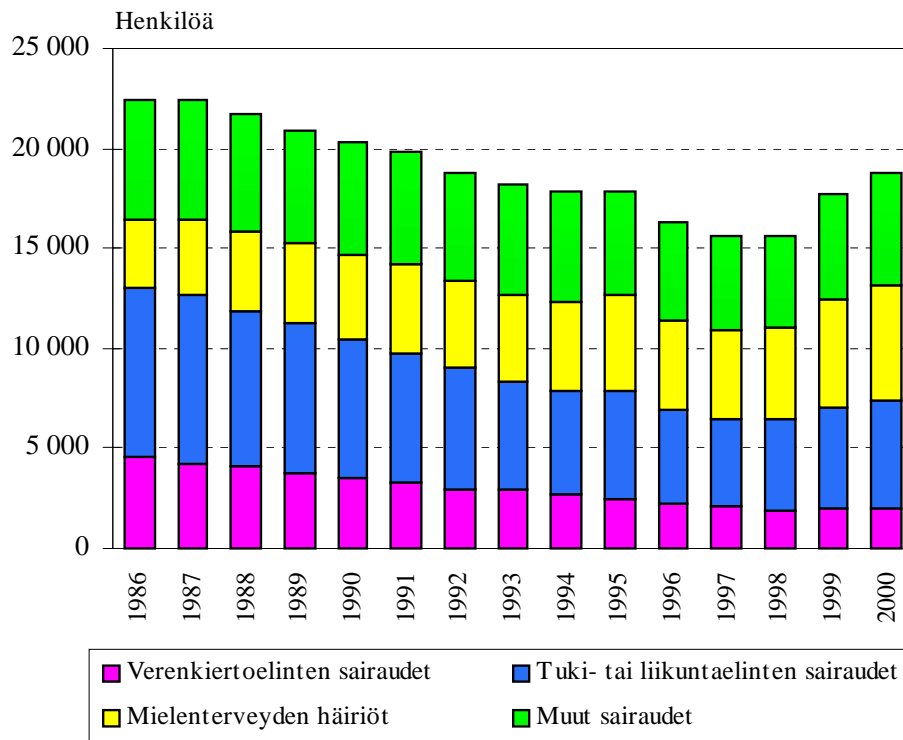
Työttömyyseläkkeen poistaminen saattaisi lisätä muiden varhaiseläkkeiden, muun

muassa yksilöllisen varhaiseläkkeen käyttöä, ellei niiden ehdoissa tapahtuisi muutoksia. Tällaisten seurausten laajuuteen vaikuttaisi se, miten ikääntyneet työntekijät jaksaisivat työssään ja miten heidän työmarkkina-asemansa kehittyisi.

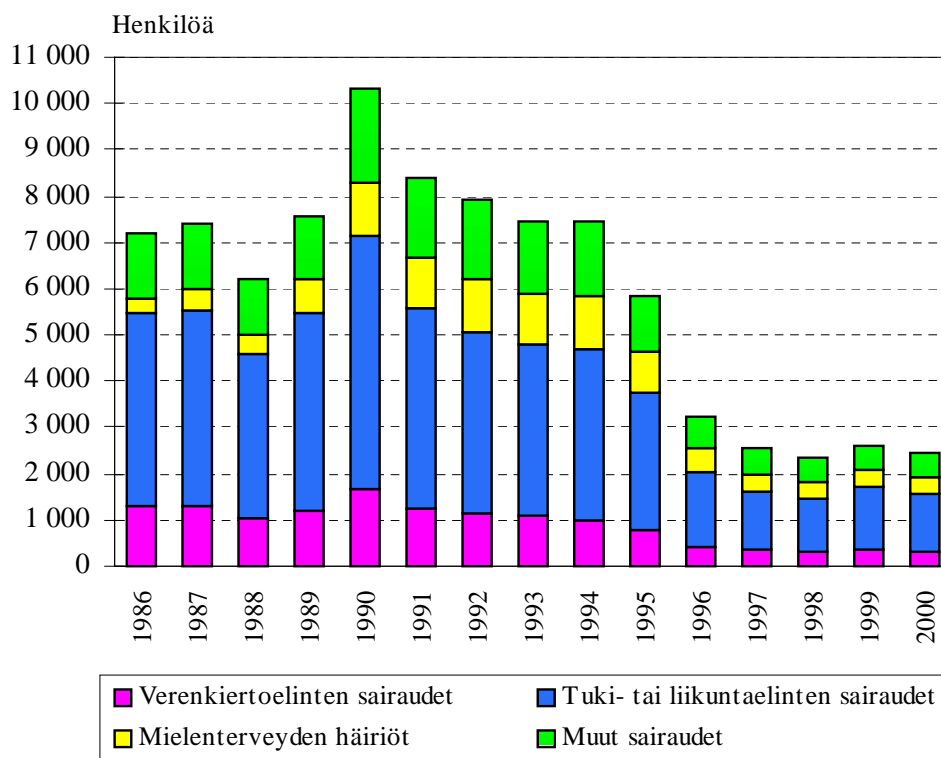
Mielenterveyden häiriöt yhä useammin työkyvyttömyyseläkkeen syynä

Verenkiertoelinten sairauksien perusteella myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet ovat vähentyneet huomattavasti kahden viime vuosikymmenen aikana. Tuki- ja liikunta-elinsairauksien osuus suureni jyrkästi 1990-luvun alkuun asti, viime vuosina se on pysynyt suurin piirtein ennallaan. Mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyden syynä on kasvanut. Kuvioissa 21 ja 22 kuvataan yksityisen sektorin kehitystä, koska yksityisen ja julkisen sektorin yhteistilastoja on tehty vasta vuodesta 1996 alkaen. Kehitys on ollut samansuuntainen myös julkisella sektorilla.

Kuvio 21. Yksityisellä sektorilla alkaneet työkyvyttömyyseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986 - 2000



Kuvio 22. Yksityisellä sektorilla alkaneet yksilölliset varhaiseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986 - 2000



Lähde: Eläketurvakeskus

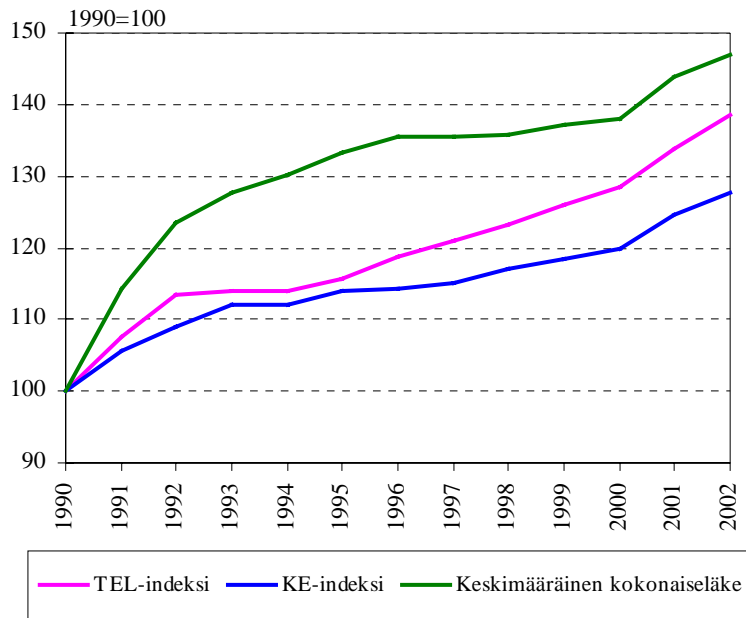
Työkyvyttömyyseläkkeiden taso nousee hitaasti

Kansaneläkkeen entisen pohjaosan loppuosa poistui vuoden 2001 alussa. Uusia työkyvyttömyyseläkkeitä on madaltanut vuoden 1996 eläkeuudistuksesta alkaen muun muassa kansaneläkkeen täysi työeläkevähenteisyys. Kun työeläkkeen määrä ylittää tietyn rajan, kansaneläkettä ei makseta lainkaan. Muutoin kaikkien työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys seuraa eläkeindek-

sien kehitystä. (Kuvio 23.) Eläkeläisten verotuksen keventäminen on osittain korvanut eläketurvan leikkauksia.

Työkyvyttömyyseläkkeiden keskimääräisen tason kehityksessä ei ole merkittäviä eroja sukupuolten välillä. Vuoden 2000 lopussa työkyvyttömyyseläkkeensaajien keskimääräinen kokonaiseläke oli 902 euroa (5 361 mk) kuukaudessa. Naisten vastaava määrä oli 872 euroa (5 182 mk) ja miesten 1 072 euroa (6 373 mk) kuukaudessa.

Kuvio 23. Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys vuosina 1990 - 2002



Vuosien 2001 ja 2002 keskimääräinen kokonaiseläke on ennuste

Vuosina 1996 - 2001 uusia kansaneläkkeen lapsikorotuksia ei myönnetty eikä aikaisemmin myönnettyihin lapsikorotuksiin tehty indeksitarkistuksia. Maksussa olleiden lapsikorotusten määrää alennettiin 20 prosenttia vuodessa vuosina 1998 - 2000. Vuodesta 2000 lapsikorotusta maksettiin 17,7 euroa (105 mk) kuukaudessa huollettavana ollutta lasta kohden. Vuoden 2002 alussa tuli voimaan lainmuutos, jonka perusteella eläkkeensaajille aletaan myöntää uusia lapsikorotuksia. Lapsikorotusta myönnetään kansaneläkettä tai työeläkettä

saavalle jokaisesta alle 16-vuotiaasta omasta tai puolison lapsesta, joka asuu samassa taloudessa eläkkeensaajan kanssa. Tukea voidaan myöntää myös silloin, kun eläkkeensaaja huoltaa muualla asuvaa lastaan. Lapsikorotus on 18,08 euroa (107,50 mk) kuukaudessa lasta kohti ja se on verotonta tuloa.

Uusia lapsikorotuksen saajia arvioidaan olevan noin 18 000, joista valtaosa on työkyvyttömyyseläkkeen saajia. Ennestään lapsikorotusta saa noin 7 000 eläkkeen-

saajaa. Lapsikorotusten lisäkustannukset vuodelle 2002 ovat arviolta 3,5 miljoonaa euroa (21 milj. mk). Yhteensä eläkkeensaajien lapsikorotusta maksetaan vuonna 2002 arviolta 5,4 miljoonaa euroa (32 milj. mk).

Uusien vammaistukien määrä kasvussa

Vammaistuki on valtion rahoittamaa taloudellista tukea muiden kuin eläkkeellä olevien työikäisten (16 - 64-vuotiaiden) vammaisten selviytymiseen päivittäisissä toimissa, työelämässä ja opiskelussa. Vammaistuki maksetaan haittojen, avuntarpeen ja erityiskustannusten määrän mukaan kolmiportaisena. Vuonna 2002 vammaistuki on 75,96, 177,16 ja 329,16 euroa kuukaudessa. Vammaistuen saajien määrä on pysynyt pitkään lähes samalla tasolla, vuonna 2000 vammaistukea sai 6 415 naista ja 5 605 miestä. Uusien vammaistukien määrä lähti kuitenkin kasvuun vuonna 1999. Tähän vaikutti nuoria vaikeasti vammaakuntoisia henkilöitä koskenut uudistus, jossa kuntoutusrahasta tuli ensisijainen etuus eläkkeeseen nähden. Suurimmalla osalla kuntoutusrahaa saavista vammaisista nuorista on ollut oikeus korotettuun tai erityisvammaistukeen.

Vajaakuntoisten matala työllisyysaste lisää riippuvuutta sosiaaliturvasta

Vammaisten ja vajaakuntoisten tasavertainen oikeus työhön on tunnustettu kansainvälisten yhteisöjen päätöslauselmissa ja Suomen perustuslaissa. Perustuslain perusoikeuksia koskevien säännösten mukaan julkisen vallan on edistettävä työllisyyttä ja pyrittävä turvaamaan jokaiselle oikeus työhön. Ketään ei myöskään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi terveydentilan tai vammaisuuden perusteella.

Huonon työllisyyden lisäksi sosiaaliturvaan liittyvät rakenteet ja asenteet olivat erityi-

sesti laman aikana jarruna vajaakuntoisten ja vammaisten työllistymiselle, mutta ovat sitä vieläkin. Sosiaaliturva nähdään edelleen usein ensisijaiseksi vammaisten toimeentulon turvaksi. Toisaalta sosiaaliturva on sidottu vahvasti ansiotyöhön: työeläke- ja sairausvakuutusetuudet karttavat ansiotulojen mukaan.

Ansiotyö on ensisijainen sosiaaliturvaan nähden myös vajaakuntoisten ja vammaisten ihmisten toimeentulon turvaajana. Vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllisyysaste on kuitenkin pysynyt olennaisesti alempana kuin muun väestön. Enemmistö työikäisistä vammaisista on eläkkeellä, joten he eivät näy työttömyys-tilastoissa. Eläketulot muodostavat pääasiallisen tulonlähteen suurimmalle osalle, arviolta noin 70 prosentille, toimintarajoitteisuuteen liittyvien etuuksien saajista. Palkka- tai yrittäjätuloista pääasiallisen toimentulonsa saavien vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden osuus näyttäisi kuitenkin kasvaneen hieman vuodesta 1996. Vuonna 1999 palkka- tai yrittäjätulot olivat pääasiallinen tulonlähde arviolta yhteensä runsaalle viidesosalle vammaistuen, tavallisen työkyvyttömyyseläkkeen, kuntoutustuen, tapaturma- ja sotilasvammakorvausten sekä kuntoutusrahan saajista.

Vajaakuntoisten työllisyystilanne on säilynyt vaikeana, vaikka yleinen työllisyystilanne on kohentunut. Vajaakuntoisten työnhakijoiden määrä on lisääntynyt vuosittain. Vajaakuntoisia työttömiä työnhakijoita oli vuonna 2000 keskimäärin noin 40 000, edellisenä vuonna vastaava määrä oli 38 800.

Vajaakuntoisten työttömyys kestää keskimäärin selvästi pidempään kuin muiden työttömien. Vuonna 2000 työttömistä vajaakuntoisista työnhakijoista 43 prosenttia oli pitkäaikaistyöttömiä. Ikääntyneiden osuus vajaakuntoisista työnhakijoista on kasvussa ja tämä pidentää vajaakuntoisten

työttömyysjaksoja. Myös työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden väheneminen lisää vajaakuntoisten työnhakijoiden määrää. Työvoiman ikääntyminen ja työelämän piirteet aiheuttavat monenlaista fyysistä ja psyykkistä vajaakuntoisuutta.

Valtion työllistämistuen avulla työllistämisestä on muodostunut määrällisesti selvästi

merkittävin vajaakuntoisten erityistyöllistämismuoto (taulukko 5). Vuosina 1995–2000 vuosittain yhteensä noin 10 000–12 000 vajaakuntoista työnhakijaa työllistettiin sen tuella kuntien, valtion ja yksityisten sektorin työpaikkoihin.

Taulukko 5. Vajaakuntoiset työnhakijat ja työhallinnon vajaakuntoisille työnhakijoille suuntaamat ammatillisen kuntoutuksen ja työllistämisen aktiivitoimet vuonna 2000¹

Vajaakuntoiset työnhakijat yhteensä 83 015, joista	%	Aktiivitoimet	Lkm
- työttömiä	83	- osallistui työkyvyn tutkimuksiin ja työ- ja koulutuskokeiluihin	8 328
- pitkäaikaistyöttömiä	36		
- naisia	58		
- vailla ammattikoulutusta olevia	53	- osallistui ammatinvalinnanohjaukseen	5 660
- vailla ammattia olevia	14	- aloitti työvoimakoulutuksen	8 248
- alle 25-vuotiaita	4	- aloitti muun koulutuksen	1 329
- 45 vuotta täyttäneitä	57	- sijoittui suojatyöhön	43
- tuki- ja liikuntaelinvammaisia	39	- työhön yleisille työmarkkinoille	36 341
- hengityselinten tauteja sairastavia	14	- sijoittui palkkaperusteisten tukitoimien avulla	12 386
- mielenterveyden häiriöitä sairastavia	14	- työharjoittelu työmarkkinatuella	1 809
		Yhteensä	74 144

¹ Taulukko sisältää myös Euroopan sosiaalirahaston (ESR) tuella toteutetut toimenpiteet

Lähde: Työministeriö

Työllistymisedellytysten tasa-arvoistaminen ja työllistymismahdollisuuksien parantaminen ovat keskeisessä asemassa, kun haetaan ratkaisuja vajaakuntoisten ja vammaisten henkilöiden syrjäytymisriskin lieventämiseen. Jotta työnteko olisi aina myös taloudellisesti kannattavin vaihtoehto, sosiaalisten tulonsiirtojen, tuloverotuksen,

palvelujen ja maksujen olisi muodostettava aktiivisuuteen kannustava kokonaisuus. Vammaiset ja vajaakuntoiset tarvitsevat usein työllistyäkseen henkilökohtaisia ohjaus- ja neuvontapalveluja, koulutuksen, kuntoutuksen, etuuksien ja muiden toimenpiteiden yhdistelmiä. Parantuva työllisyys lisää työvoimaviranomaisten mahdoll-

lisuuksia räätälöidä yksilöllisempiä työllistymispolkuja.

Vammaisten henkilöiden työllistymisen tukeminen on paitsi inhimillisesti, monissa tapauksissa myös taloudellisesti perusteltua, kun otetaan huomioon työllistämisen vaihtoehtoiskustannukset. Vaihtoehtois-

kustannukset ovat erilaisia toimeentuloturvaan ja palveluihin liittyviä menoja, joita työllistyminen usein vähentää. Lisäksi työllistyminen lisää kuntien ja valtion verotuloja.

Erilaisissa työllistymis-, työttömyys- ja eläkevaihtoehtoissa kustannukset ja hyödyt jakautuvat valtion, kuntien ja muiden toimijoiden kesken erilailla, mikä synnyttää kustannusten siirtämistä osapuolelta toiselle eikä edistä yhteiskunnan kokonaisedun kannalta järkevää toimintaa. Toisaalta osa vammaisista tulee aina olemaan henkilöitä, jotka kykenevät työllään tuottamaan tietyn arvonlisän, mutta eivät niin paljon, että sillä pystyttäisiin kattamaan kaikki työpaikasta syntyvät kustannukset. Nämä ovat kysymyksiä, joihin vammaispolitiikan pitäisi löytää ratkaisuja

Uusia työllistymisreittejä avoimille työmarkkinoille

Tavoitteena on, että myös vajaakuntoiset ja vammaiset henkilöt työllistyvät ensisijaisesti avoimille työmarkkinoille. Suomesta ja muista maista on hyviä kokemuksia kekeiluista, jossa kehitysvammaiset ja mielenterveysongelmaiset ovat saaneet oman työhönvalmentajan. Työhönvalmentajan tarkoituksena on tukea ihmisiä, joiden on helpompi ylittää työelämän kynnyksen henkilökohtaisen tukihenkilön avulla, joka auttaa vastaamaan työnantajan odotuksiin. Työvalmentajan tuki voi liittyä myös työpaikan etsimiseen, työnhakuun, työurasuunnitteluun ja työtehtävien opetteluun työpaikalla. Tuetun työllistämisen menetelmän laajempi soveltaminen suomalaisessa palvelujärjestelmässä on tärkeä tulevaisuuden kysymys.

Sosiaalinen yritystoiminta voi olla yksi mahdollisuus edistää vajaakuntoisten työllisyyttä ja työllistymistä. Monessa kunnallisessa työkeskuksessa ja -pajassa pohditaan muutosta sosiaalisesti yritykseksi. Jotta sosiaalisille yrityksille luotaisiin selkeitä malleja, kauppa- ja teollisuusministeriö on käynnistämässä niitä koskevan kehitysohjelman luomisen eri ministeriöiden yhteistyönä.

Suojatyön ja työkeskusten roolia on jo pitkään pidetty epäselvänä (kuvio 24). Tästä syystä kunnan sosiaalihuollon tehtäviin kuuluvia vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymistä edistäviä tukitoimenpiteitä selkeytetään 1.4.2002 voiman tulevalla lainmuutoksella. Uudistuksessa sosiaalihuoltolakiin lisätään säännökset työllistymistä tukevasta toiminnasta ja työtoiminnasta. Työllistymistä tukevan toiminnan kohderyhmäksi on määritelty henkilöt, joilla on vamman, sairauden tai muun vastaavan syyn johdosta pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Valtio rahoittaa toimintaa jatkossakin yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kautta.

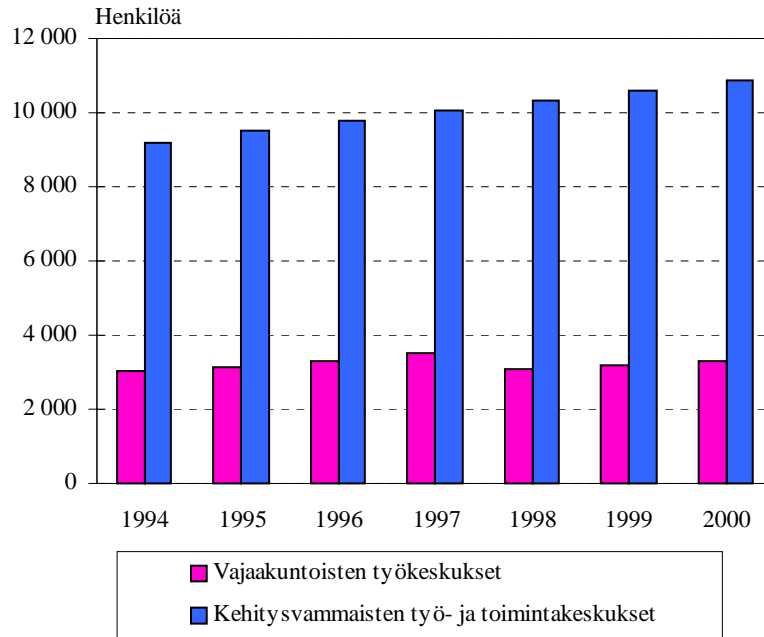
Vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta käsittää työhön sijoittumista edistävien erityisten tukitoimenpiteiden tai työpaikan (aiemman ns. suojatyön) järjestämisen, jos henkilöllä on vaikeuksia työllistyä pelkästään työvoimapalvelujen tai työvoimapolitiittisten toimenpiteiden avulla. Työtoiminnalla tarkoitetaan kuten tähänkin asti toimintakyvyn ylläpitämistä ja sitä edistävää toimintaa, joka ei tapahdu työsuhteessa. Työtoimintaan osallistuville maksetaan verotonta työosuusrahaa.

Uudistuksen lähtökohtana on, että sosiaalihuollon tehtäviin kuuluu jatkossakin luontevasti sellaisten henkilöiden työllistymisen edistäminen, jotka voivat hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, työmenetelmistä ja asiantuntija-avusta. Kuntien toivotaan aikaansaavan seutu- ja maakunnallista monipalvelutoimintaa, jolla autetaan luomaan yksilöllisiä työllistymisurja ja pitämään yllä kuntoutusta, koulutusta ja työntekoa yhdistäviä työllistymisprosesseja sekä löytämään työpaikkoja avoimilta työmarkkinoilta. Tähän tarkoitukseen sopivien nykyisten työkeskusten mahdollisuuksia voidaan käyttää hyödyksi kehittämällä ja monipuolistamalla niiden toimintaa.

Työvoimaviranomaisilla säilyy jatkossakin päävastuu vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyydestä. Työllisyyslakia muutetaan 1.4.2002 alkaen siten, että vajaakuntoiset saavat saman aseman työvoimahallinnon

palvelujen käyttäjinä ja tukitoimien saajina kuin nuoret ja pitkäaikaistyöttömät. Nämä väestöryhmät ovat etusijalla silloin, kun työllistämiseen käytetään valtion työllistämismäärärahoja.

Kuvio 24. Suojatyössä käyneet ja työtoimintaan osallistuneet henkilöt vuosina 1994 - 2000



Nuorille kuntoutusta eläkkeen sijasta

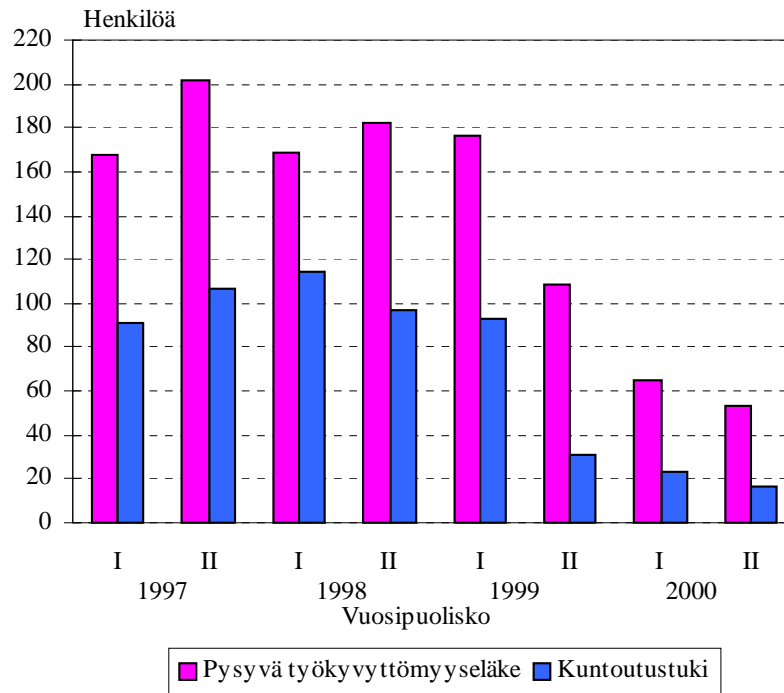
Vammaisten ja vaikeasti vajaakuntoisten 16- ja 17-vuotiaiden nuorten ohjaaminen ammatilliseen kuntoutukseen tuli vuoden 1999 elokuussa ensisijaiseksi työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Työkyvyttömyyseläkettä ei enää myönnetä alle 18-vuotiaalle henkilölle ennen kuin hänen mahdollisuutensa ammatilliseen kuntoutukseen on tutkittu ja hänen oikeutensa kuntoutusrahaan on päättynyt. Muutoksella pyrittiin vaikuttamaan sellaisten vammaisten ja vaikeasti vajaakuntoisten nuorten asemaan, jotka ovat aiemmin siirtyneet 16-vuotiaana suoraan eläkkeelle ilman tehostettua työkyvyn arviointia ja kuntoutusta.

Ammatilliseen kuntoutuksen tukemiseksi nuorelle maksetaan henkilökohtaisen opiskelu- ja kuntoutussuunnitelman perusteella niin sanottua nuoren kuntoutusrahaa.

Kuntoutusrahan myöntäminen edellyttää, että nuoren työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet. Vuonna 2002 nuoren vajaakuntoisen kuntoutusraha on 388 euroa (2 308 mk) kuukaudessa. Jos nuori on kuntoutuksessa täyttäessään 18 vuotta, kuntoutusrahan maksamista jatketaan meneillään olevan kuntoutusjakson päättymiseen saakka. Tähänastisten kokemusten mukaan kuntoutusrahakausi jatkuu 18 ikävuoden täyttymisen jälkeen useimmilla eli heidän koulutuksensa tai muu aktiivinen kuntoutuksensa jatkuu 18 ikävuoden saavuttamisen jälkeen.

Uudistuksen jälkeen alle 18-vuotiaiden uusien työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien määrä on vähentynyt olennaisesti (kuvio 25). Vuoden 2001 tammi- ja lokakuun välisenä aikana nuorten kuntoutusrahan saajia oli 1 170.

Kuvio 25. Uudet 16- ja 17-vuotiaille myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutustuet vuosina 1997 - 2000



Vuonna 2000 hieman yli puolella nuoren kuntoutusrahan saajista oli jokin mielen-terveyden tai käyttäytymisen häiriö, yleisimmin älyllinen kehitysvammaisuus. Synnynnäisiä epämuodostumia tai kromosomipoikkeavuuksia oli joka viidennellä ja hermoston sairauksia (mm. CP) sairasti vajaa viidennes.

Nuoren kuntoutusrahan saajista suurin osa (n. 70 %) saa samanaikaisesti vammaistukea, lähes kaikki korotettua tai erityisvammaistukea. Nuoren kuntoutusraha on kohdistunut varsin vaikeasti vajaakuntoisiin nuoriin. Noin puolet kuntoutusrahan saajista on saanut samanaikaisesti Kelan ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta.

Vuonna 2000 16- ja 17-vuotiaille nuorille maksettiin työkyvyttömyyseläkkeitä yhteensä 3,2 miljoonaa euroa (19 milj. mk), mikä oli vain puolet vuoteen 1998 verrattuna. Nuorille maksettujen vammaistukien määrä lähes kolminkertaistui. Uutta etuutta, nuoren kuntoutusrahaa maksettiin 2

miljoonaa euroa (12 milj. mk). Vuonna 2000 näihin kolmeen etuuteen käytettiin yhteensä 7,1 milj. euroa (42 milj. mk) eli saman verran kuin työkyvyttömyyseläkkeisiin ja vammaistukiin vuonna 1998. Tavoite vähentää nuorten eläkkeelle siirtymistä on toteutunut ilman, että se olisi merkinnyt toimeentuloturvan kustannusten kasvua.

Vajaakuntoisten nuorten kuntoutus- ja koulutusmahdollisuuksia parannetaan edelleen 1.4.2002 alkaen siten, että kuntoutusrahan maksukautta pidennetään kahdella vuodella 20 ikävuoteen saakka. Työkyvyttömyyseläkkeen ikäraja nostetaan vastaavasti. Uudistuksesta aiheutuu melko vähäiset lisäkustannukset, koska nyky-lainsäädäntö kattaa jo ne 18- ja 19-vuotiaat, joiden kuntoutus jatkuu 18 ikävuoden saattamisen jälkeen. Kuntoutusrahan saajien määrän arvioidaan lisääntyvän 100 henkilöllä.

Eläkkeen lepäämään jättämisen edellytyksiä parannetaan

Kansaneläkelain mukaista täysimääräistä työkyvyttömyyseläkettä saavalla henkilöllä on ollut elokuusta 1999 alkaen mahdollisuus jättää eläkkeensä lepäämään vähintään kuudeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi, jos hän ryhtyy ansiotyöhön. Eläkkeen lepäämään jättämismahdollisuudella haluttiin kannustaa ja helpottaa työkyvyttömyyseläkkeelle olevien hakeutumista ansiotyöhön. Jotta työssäkäynti olisi aina kannattavampaa kuin eläkkeelläolo, eläkkeen lepäämisajalta maksetaan erityisvammaistuen suuruinen vammaistuki, joka on 329,16 euroa (1 958,10 mk) kuukaudessa vuonna 2002.

Uudistus ei ole toistaiseksi lisännyt työssäkäyntiä odotetussa määrin, sillä lepäämään on jätetty vain joitakin kymmeniä eläkeitä. 1.4.2002 voimaan tulevalla lainmuutoksella eläkkeen lepäämään jättämistä koskevaa säännöstä on tarkoitus selkeyttää siten, että eläkkeen saajat kokisivat työhön hakeutumisen ja eläkkeen lepäämään jättämisen nykyistä turvallisempana vaihtoehtona. Eläkkeen lepäämään jääminen alkaa määräytyä eläkkeensaajan ansiotulojen mukaan siten, että lakiin otetaan ansiotuloille täsmällinen euromääräinen tuloraja (588,66 €/kk), (3 500 mk/kk), jonka ylittyessä eläke jää lepäämään. Jos henkilö lopettaa työnteon tai ansiotulot vähenevät alle tulorajan, työkyvyttömyyseläkettä ryhdytään maksamaan uudelleen. Lisäksi eläkkeen lepäämismahdollisuutta pidennetään 5 vuoteen. Eläkkeen ollessa lepäämässä henkilölle maksetaan kuten nykyisinkin kahden vuoden ajan erityisvammaistukea.

Säännösten muutos säästää valtion kansaneläkemenoja vuositasolla arviolta 2,6 miljoonaa euroa. Vammaistukimenot lisääntyvät arviolta 1,5 miljoonaa euroa ja työmarkkinatukimenot 2,1 miljoonaa euroa. Kustannusarviot on tehty olettaen, että le-

päämään jätetään noin 500 eläkettä vuodessa.

Oikeus sairauspäivärahaan laajenee

Kansaneläkelaisissa on säännös, joka turvaa työkyvyttömyyseläkkeen sokeille, liikuntakyvyttömille ja muille vastaavassa asemassa oleville vammaisryhmille riippumatta heidän työtuloistaan. Heillä ei ole kuitenkaan ollut oikeutta saada sairauspäivärahaa siltä ajalta, jolta heillä on oikeus eläkkeeseen. Työkyvyttömyyseläkettä saava vammaisen työntekijä on siten ollut sairastuesaan muita työntekijöitä epäedullisemmassa asemassa.

1.4.2002 voimaan tulevalla lainsäädännön muutoksella työkyvyttömyyseläkettä saavan työntekijän sairausajan turva yhdenmukaistetaan muiden työntekijöiden kanssa. Työkyvyttömyyseläkettä saavalle työntekijälle tulee oikeus saada työtuloihinsa perustuvaa sairauspäivärahaa. Päiväraha maksetaan työnantajalle ajalta, jolta työnantaja maksaa sairausajan palkkaa. Muutoksen tavoitteena on osaltaan edistää vammaisten henkilöiden työllistymismahdollisuuksia. Uudistus lisää sairauspäivärahaan oikeutettujen määrää noin 1 000 henkilöllä.

Vammaispalvelujen menot kasvaneet - palvelujen saatavuudessa myös ongelmia

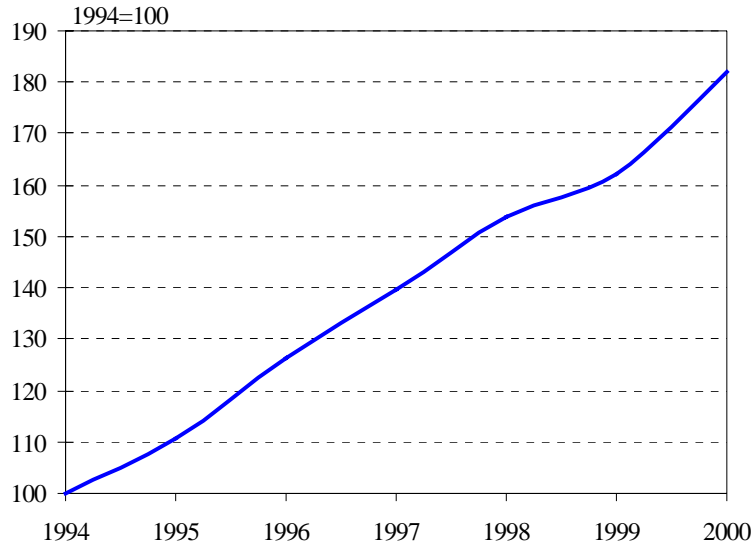
Vammaispalvelulain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisesti yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Vaikeavammaisilla henkilöillä on subjektiivinen oikeus kuljetuspalveluihin, tulkkipalveluihin, palveluasumiseen sekä asunnon muutostöihin ja asuntoon kuuluviin välineisiin ja laitteisiin. Muita vammaispalveluja ja tukitoimia kuten esimerkiksi henkilökohtaisia avustajia kunnat järjestävät harkintansa mukaan.

Vammaispalvelulaki tuli asteittain voimaan vuosina 1988 - 1994.

Vammaispalvelulakia sovelletaan arviolta noin kahteen prosenttiin maamme väestöstä. Maan viidessä suurimmassa kaupungissa osuus oli vuonna 1999 keskimäärin

2,2 prosenttia (1,1 - 2,9 %). Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menot ovat kasvaneet nopeasti (kuvio 26).

Kuvio 26. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menojen reaalin kehitys vuosina 1994 - 2000



Myös vammaispalvelujen saajien määrä on kasvanut (kuvio 27 ja 28). Palvelujen saajamäärien kehitys on kuitenkin vaihdellut eri palveluissa ja tukitoimissa. Vammaispalvelujen kustannuksista arviolta neljä viidesosaa käytetään vaikeavammaisten subjektiivisiin oikeuksiin kuuluviin palveluihin ja tukitoimiin.

Vammaispalvelulakiin perustuvia palveluja ja taloudellisia tukitoimia järjestetään vain, jos vammaisen henkilö ei saa riittäviä tai sopivia palveluja muun lain nojalla. Kunnille säädetty vastuu vammaispalvelujen järjestämisestä edellyttää, että jokaisessa kunnassa selvitetään tarvittavien palveluiden ja tukitoimien sisältö ja laajuus.

Keskeisiä syitä vammaispalvelujen asiakkaiden ja kustannusten kasvuun ovat väestön ikääntyminen, lisääntynyt tietoisuus vammaispalveluista ja vammaisten omassa

asunnoissa asumisen yleistymisen. Asumista tukevat välineet ja laitteet ovat kehittyneet ja monipuolistuneet ja samalla kallistuneet muun muassa tietotekniikan hyödyntämisen myötä. On vaikea arvioida täsmällisesti, miten hyvin vammaispalvelujen tarjonta vastaa vammaisten tarpeita eri kunnissa. Kunnan muu sosiaali-, terveys- ja liikennepalvelujen tarjonta ja rakenne sekä maantieteellinen alue vaikuttavat välillisesti vammaispalvelujen tarpeeseen ja kustannuksiin. Kunnat voivat vaikuttaa asiakasmäärien ja kustannusten kehitykseen myös palvelujen tuottamiseen liittyvillä toimenpiteillä. Näyttää kuitenkin siltä, että vammaispalvelulain soveltamiskäytännöissä on merkittäviä eroja, mikä aiheuttaa vammaisten ihmisten epätasa-arvoa. Etenkin harkinnanvaraisten palvelujen ja tukimuotojen saatavuudessa on ongelmia, koska kunnat eivät ole varanneet riittäviä määrärahoja niiden toteuttamiseksi.

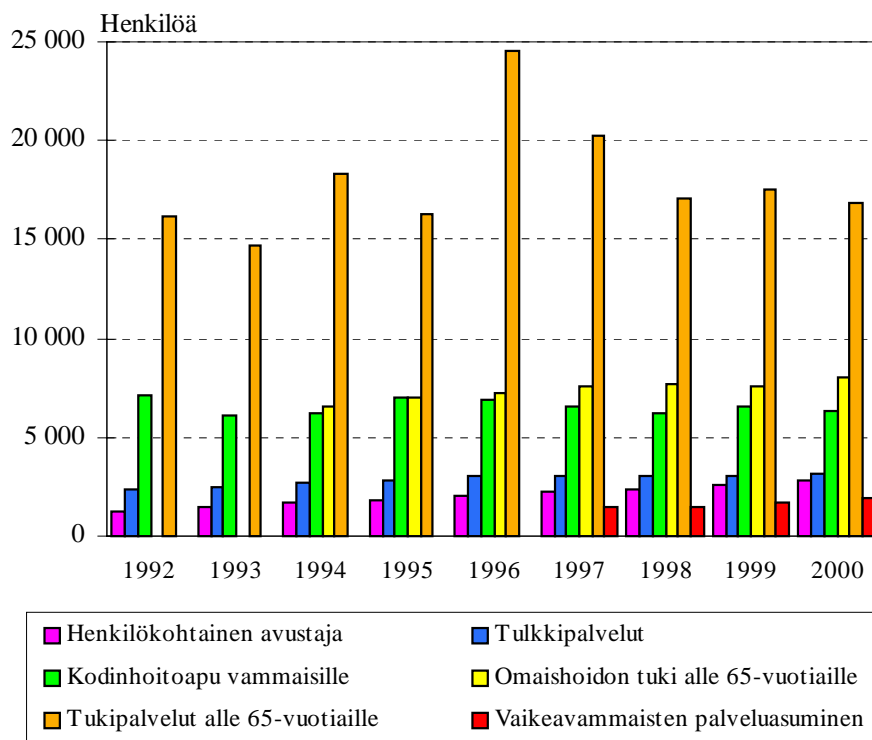
Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien myöntämiseen ei liity säännöksiä ikärajoista. Vammaispalveluja ei myöskään ole rajattu koskemaan tiettyjä vammaisryhmiä.

Kuljetuspalveluista on kasvavassa määrin muodostunut iäkkäiden liikuntaesteisten henkilöiden palvelumuoto. Tulkkipalvelun saajat ovat pääosin nuoria ja työikäisiä kuulovammaisia ja kuulonäkövammaisia henkilöitä. Tavoitteena on, että palveluja olisi entistä laajemmin saatavilla myös puhevammaisille henkilöille. Henkilökoh- taista avustajaa ei yleensä myönnetä alle 18-vuotiaille eikä vanhuksille. Mielenterveysongelmallisille henkilöille vammaispal- veluja myönnetään harvoin. Mielenterve- yskuntoutujille tarvittaisiin lisää erityisesti mahdollisuuksia tuettuun asumiseen.

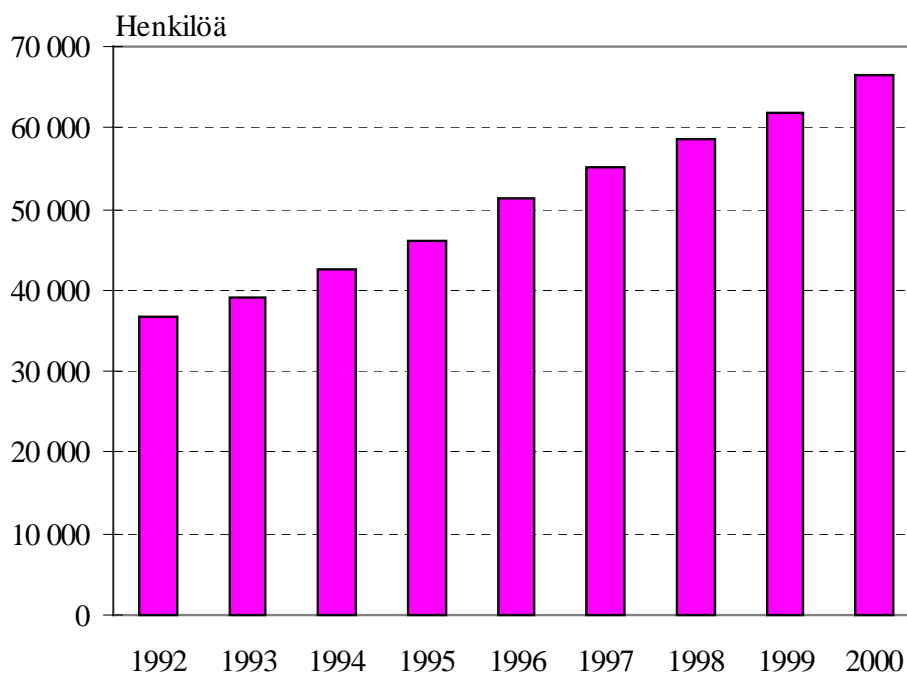
Myös vammaisten ja vajaakuntoisten kun- toutukseen ja muihin kuin vammaispalve- lulain mukaisiin avopalveluihin käytetyt menot kasvoivat 1990-luvulla reaalisesti. Eniten laajentuivat kehitysvammaisten palvelu- ja tukiasuminen. Kunnat järjestä- vät palvelut usein ostopalveluina. Kehitys- vammalaitosten asukasmäärät ja kustan- nukset ovat pienentyneet palvelurakenne- muutoksen ansiosta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnis- tänyt sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyvän hankkeen, jossa vammaisten henkilöiden asumispal- veluille laaditaan laatusuosituksset vuoden 2002 loppuun mennessä.

Kuvio 27. Kotipalvelua, omaishoidon tukea ja eräitä vammaispalveluja saaneet vammaiset henkilöt vuosina 1992 - 2000



Kuvio 28. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajat vuosina 1992 - 2000



Kuljetuspalveluja kehitetään

Vammaispalvelujen menojen kasvun voidaan ennustaa jatkuvan. Tämä johtuu avohoitopainotteisesta vammais- ja vanhuspolitiikasta ja vammaispalvelujen kehittämistarpeista. Vammaispalvelujen lisäksi olisi kuitenkin tärkeää lisätä esteettömiä asuin-, elin- ja työympäristöjä, jotka vähentävät erityispalvelujen tarvetta. Noin 10 prosenttia väestöstä eli 500 000 ihmistä on pysyvästi liikkumis- tai muutoin toiminta-esteisiä henkilöitä. Lisäksi esteetön asuin- ja elinympäristö on tärkeä lähes jokaiselle ihmiselle jossakin elämänvaiheessa. Mikäli pääosaan toimintarajoitteisuuden aiheuttamista palvelutarpeista pystyttäisiin vastaamaan esteettömillä ympäristöillä, yleisillä palveluilla ja muilla koko väestön kannalta toimivilla ratkaisuilla, vammaispalvelulaki toimisi alkuperäisessä roolissaan erityispalvelujen turvaajana kaikkein vaikeavammaisimmille ihmisille.

Oikeus liikkumiseen on perustavanlaatuisen oikeus. Tämä oikeus haluttiin turvata kaikille säätämällä vammaispalvelulakiin kunnille kohtuullisten kuljetuspalvelujen järjestämisvelvollisuus vaikeavammaisille henkilöille. Vammaispalvelulaki säädettiin aikana, jolloin julkiset liikennevälineet soveltuvivat harvoin vaikeavammaisten liikkumiseen.

Vammaispalvelulain perusteella myönnettyistä palveluista kuljetuspalvelut ovat asiakasmäärältään ylivoimaisesti suurin ja jatkuvasti laajentunut palvelu (kuvio 28). Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen asiakkuus on selvästi yleisempää pääkaupunkiseudulla ja muissa kaupungeissa kuin taajaan asutuissa kunnissa tai maaseutukunnissa. Vuonna 1999 noin 60 prosenttia (31 milj. euroa) maan viiden suurimman kaupungin vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien kustannuksista oli kuljetuspalvelujen kustannuksia. Kuljetuspalvelun asiakkaista vain 3 prosenttia teki työ- tai opiskelumatkoja eli 97 pro-

senttia matkoista oli asiointi- ja virkistysmatkoja. Lähes kolme neljästä kuljetuspalvelujen asiakkaasta oli yli 65-vuotias.

Asiakasmäärien ja kustannusten nopea kasvu on ohjannut etsimään uusia ratkaisuja, jotta iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden liikkumismahdollisuudet voitaisiin turvata tulevaisuudessakin. Suurten väestöryhmien tarpeisiin on tarkoituksenmukaista kehittää ensisijaisesti esteetöntä joukkoliikennettä. Julkisen liikenteen esteettömyys onkin edistynyt. Kuntien sisäiseen liikenteeseen on myös kehitetty entistä joustavampia joukkoliikennetarkoituksia kuten palvelulinjoja, jotka ovat merkittäviä etenkin vanhusten kuljetuspalvelujen tarpeen vähentämisen kannalta. Palvelulinjaliikennettä kehittäviä hankkeita on ollut käynnissä noin 100 kunnassa. Eri puolilla maata on myös kokeiltu erilaisia matkojen tilaus- ja järjestämistapoja (esim. matkojen yhdistelykeskuksia) ja kilpailutettu kuljetuksia. Vammaispalvelulain säännökset sitovat kuntia edelleenkin, joten myös kuljetusten uusien järjestämistapojen tulee olla lain mukaisia.

Henkilökohtainen avustaja - järjestelmässä laajentamistarpeita

Henkilökohtainen avustajatoiminta on kunnan vammaispalvelulain perusteella järjestämä harkinnanvarainen tukitoimi (ei subjektiivinen oikeus). Myös vaikeavammaisten palveluasumista toteutetaan avustajan avulla. Henkilökohtaisen avustajan myöntäminen on jonkin verran lisääntynyt, avustaja korvattiin vuoden 2000 aikana runsaalle 2 800 vammaiselle henkilölle (kuvio 27.) Lähes joka neljännessä kunnassa ei kuitenkaan ollut yhtään avustajan saajaa.

Henkilökohtainen avustaja -järjestelmän kehittäminen kuuluu tärkeimpiin vammaispalvelujen kehittämistarpeisiin. Tarvetta on sekä lisätä korvattavia avustajatunteja nykyisille avustajan saajille että

avustajien korvaamiseen uusille saajille. Tarkastelua vaativia asioita ovat erityisesti oikeus avustajan saamiseen ja järjestelmän rahoitus. Myös avustajien koulutus, palkkataso ja työsuhdeturva ovat merkittäviä kysymyksiä avustajajärjestelmää kehitettäessä.

Vuonna 1999 joka neljäs henkilökohtaisen avustajan saaja asui maan viidessä suurimmassa kaupungissa, jotka käyttivät avustajatoimintaan noin 6,7 miljoonaa euroa (40 milj. mk). Henkilökohtaisille avustajille maksettiin yleensä 925 - 1 180 euroa (5 500 - 7 000 mk) kuukaudessa.

Valtion- ja kunnallisverotuksen invalidivähennyksestä aiheutuva verotuki oli vuonna 2001 valtionverotuksessa 42,0 miljoonaa euroa (250 milj. mk) ja kunnallisverotuksessa 25,2 miljoonaa euroa (150 milj. mk). Pienten tulojen takia suuri osa vaikeavammaisista henkilöistä ei hyödy verovähennyksistä. Invalidivähennys on perusteiltaan vanhentunut keino edistää vammaisten henkilöiden toiminta- ja työkykyä. Vammaispoliittisen tuen selkeän ja tasavertaisen kohdentumisen kannalta palvelut ja suorat tuet ovat käyttökelpoisempia. Yhtenä vaihtoehtona on poistaa verovähennykset kokonaan tai osittain ja kohdentaa näin säästyviä voimavaroja vammaispalvelujen kehittämiseen.

Kehitysvammaiset ja heidän omaisensa ikääntyvät

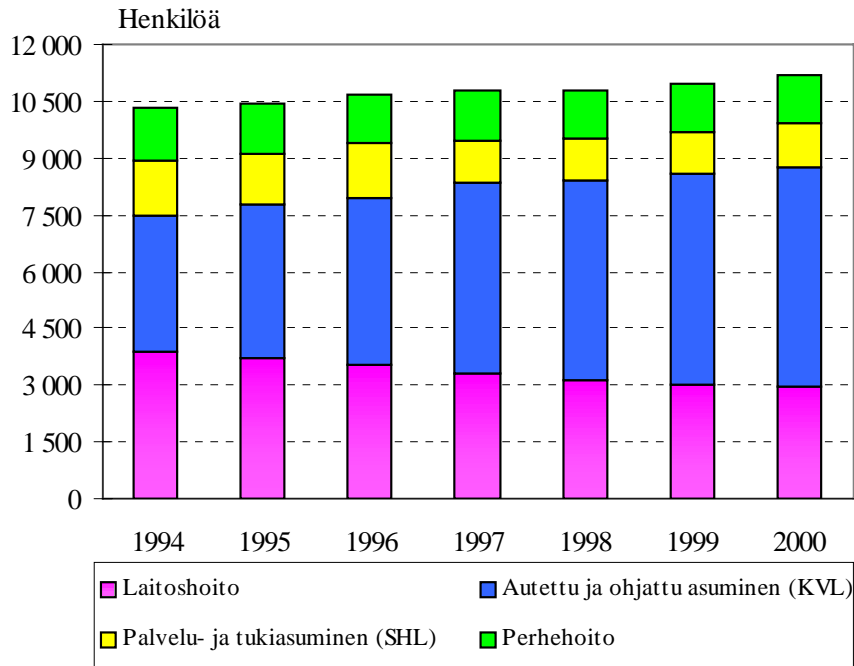
Kehitysvammaisia henkilöitä on määritelmästä riippuen 30 000 - 40 000. Aikuisväestössä kehitysvammaisten osuus on noin

0,5 prosenttia. Iäkkäiden kehitysvammaisten määrä on kasvussa kehitysvammaisten pidentyneen eliniän ansiosta. Suomessa on arviolta 12 000 yli 40-vuotiaasta kehitysvammaista henkilöä. Lievä kehitysvamma ei lyhennä elinajan ennustetta. Syvästi kehitysvammaisten elinajanodote on 30 prosenttia lyhyempi kuin muun väestön.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta on vammaispalvelulain ohella toinen vammaisia henkilöitä koskeva erityislaki. Siinä säädetään erityisesti kehitysvammaisille tarkoitetuista palveluista. Kehitysvammaisten erityispalveluja käyttää arviolta runsaat 20 000 henkilöä. Heistä on vaikeasti kehitysvammaisia noin 6 000.

Kehitysvammahuollon keskeisenä tavoitteena on laitoshoidon osuuden vähentäminen. Tämän tavoitteen toteuttamisessa edistytettiin 1990-luvulla, mutta viime aikoina kehitys näyttää hidastuneen. Laitoshoidtoa on korvattu erityisesti asumispalveluilla, joiden määrä on kasvanut nopeammin kuin laitoshoidon asukkaat ovat vähentyneet (kuvio 29). Kehitysvammahuollon palvelurakenteen muutoksen onnistunut jatkaminen edellyttää, että asumispalvelujen riittävä määrä ja laatu turvataan ja että erilaiset tilapäishoidon muodot omaishoidossa ja muussa avohoidossa toimivat. Kehitysvammaisten omaishoitajina toimii muun muassa arviolta noin 4 000 on eläkeikäistä omaista. Erityishuoltopiirien keskeinen haaste on laitoshuollon järjestämisen ohella kehittää erityispalveluja tuottavia asiantuntijakeskuksia, jotka tukevat kuntien peruspalveluita.

Kuvio 29. Kehitysvammaisten laitoshoidon, asumispalvelujen ja perhehoidon asiakkaat vuosina 1994 - 2000



Palveluohjauksesta tukea vammaisten lasten perheille

Vammaisen lapsi tuo perheiden arkeen lisää haasteita ja ongelmia. Vammaisten lasten perheiden julkiselta palvelujärjestelmältä saamaa tukea on arvosteltu usein pirstaleiseksi ja heikosti koordinoituksi kokonaisuudeksi. Perheiden palveluverkostoon saattaa kuulua kymmeniä toimijoita. Monet perheet kokevat tukien ja palveluiden hakemisen työlääksi ja vammaisuuksiin ja apuvälineisiin liittyvän tiedonsaannin puutteelliseksi. Vammaisten lasten perheet toivovat myös parempaa perhekohtaisten tarpeiden kuulemistä ja suurempaa joustavuutta.

Palveluohjaus on usein esitetty ratkaisu vammaisten lasten perheiden pulmiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt vuosina 2001 - 2003 toteutettavan pitkäaikaisairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauskokeilun. Tarkoituksena on kokeilla erilaisia palveluohjausmalleja kunnissa ja löytää malleja, joilla palvelut ja muut tukimuodot voidaan yhteensovittaa perheiden

tarpeiden kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi.

Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitus

Kansaneläkkeet rahoitetaan pääasiassa työnantajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoilla. Valtio maksaa kansaneläkerahastoon tarvittaessa myös niin sanottua takuusuoritusta rahaston maksukyvyyn turvaamiseksi. Lisäksi vuonna 2000 arvonnalisäverontuotosta ohjattiin 404 miljoonaa euroa (2 500 milj. mk) kansaneläkkeiden rahoitukseen.

Työeläkkeet rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeittensä rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien.

Valtio rahoittaa kokonaan vammaistuen ja osallistuu valtionosuudella kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluiden rahoittamiseen. Päävastuu vammaispalvelujen ja muiden vammaisten tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittamisesta on kunnilla.

Vammaisten laitoshoidossa asiakasmaksuilla katettiin vuonna 2000 viisi prosenttia laitosten menoista. Osuus on pitkään pysynyt samalla tasolla. Vammaispalvelulain ja kehitysvammalain mukaiset avopalvelut on osittain säädetty maksuttomiksi, joten asia-

kasmaksujen rahoitusosuus on näissä palveluissa hyvin pieni.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus rahoitetaan sairausvakuutuksen kautta. Työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus rahoitetaan samalla tavoin kuin työeläkkeet.

Taulukko 6. Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitusosuudet vuonna 2000 (ennakkotieto)

	Menot, milj. eu- roa	Rahoitusosuudet (%)				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Työkyvyttömyyseläkkeet						
- kansaneläke	651	49	0	51	2	0
- työeläkkeet	2 096	3	0	71	25	0
Vammaistuki	28	100	0	0	0	0
Vammaisten laitoshoido ¹⁾	496	22	73	0	0	5
Vammaispalvelut ¹⁾	142	23	75	0	0	1
Kuntoutuspalvelut	306	41	0	29	29	0
Suojatyö ja työhön kuntoutus	106	24	76	0	0	0

¹⁾ sisältää asiakasmaksut

Työnantajat saattavat nähdä etenkin vammaisen työntekijän palkkaamisen huomattavaksi taloudelliseksi riskiksi, vaikka siihen ei olisi tosiasiallista perustetta vamman laadun perusteella. Tämä heikentää vammaisten työllistymismahdollisuuksia ja voi osaltaan selittää muun muassa eläkkeen lepäämisjättämismahdollisuuden vähäistä käyttöä. Tilanteen korjaamiseksi työnantajien eläkevastuiden jakautumista ollaan muuttamassa niiden työntekijöiden kohdalla, joilla on oikeus täysimääräiseen kansaneläkelain mukaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen ja eläkkeen lepäämäänjättämiseen. Näiden henkilöiden eläkkeet aletaan rahoittaa jakojärjestelmäperiaatteella yhteisvastuisesti työnantajien kesken.

Jotta vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymismahdollisuudet paranisivat edelleen, olisi myös tarpeellista pohtia, miten työllistämisen ja työttömyyskustannusten jakautuminen valtion ja kuntien kesken vai-

kuttaa vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymismahdollisuuksiin ja työllistymistä tukevien toimenpiteiden tarjontaan. Vaikka työllistäminen olisi koko julkisen sektorin ja kansantalouden kannalta taloudellisesti kannattavaa, eri etuuksien ja toimenpiteiden rahoitusvastuun erilainen jakautuminen voi passivoida työllistymiseen vaikuttavia toimijoita.

Rahoituskysymykset tulevat olemaan lähivuosina keskeisessä roolissa, kun pohditaan vammaispalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden edistämistä. Punnittavia asioita ovat yhtäältä voimavarojen riittävyys etenkin pienissä kunnissa ja rahoitusvastuun jakautuminen valtion ja kuntien kesken sekä toisaalta palvelun käyttäjien omavastuu erityyppisissä palveluissa. Vammaisten palveluasumisen maksuja tarkastellaan julkaisun asiakasmaksuja käsittelevässä luvussa (ks. 3.3).

Kirjallisuutta

- Ahonen, G., Bjurström, L-M., Husi, T. Työkykyä ylläpitävän toiminnan taloudelliset vaikutukset. Työkyvyn ylläpidon tutkimus ja arviointi. Raportti 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos. Helsinki 2001.
- Esteittä eteenpäin. Joukkoliikenteen esteettömyyttä ja helppokäyttöisyyttä käsitelleen työryhmän ehdotukset. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 23/2001. Helsinki 2001.
- Hakola, T. Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:11. Helsinki 2000.
- Hytti, H. Ikääntyneiden työllisyys paranee - toteutuuko hallitusohjelman tavoite. Työeläke. 4/2000. Päivitetty 2002.
- Kallionranta T., Rissanen P. & Vilkkumaal. (toim.). Kuntoutus. Duodecim. Helsinki 2001.
- Kumpulainen, A. Viiden suurimman kaupungin vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisen tuen vertailu 1999. Viisikko-työryhmän julkaisusarja 3/2000.
- Lehmijoki, P. Vajaakuntoisten ja ikääntyvien mahdollisuudet syrjästä osallisuuteen. Työvoimapoliittinen Aikakauskirja 2 / 2001.
- Niskanen, M. Vammaisen lapsen perhe ja yhteiskunnan palvelut. Kuntoutus 4/2001.
- Patja, K. Life expectancy and mortality in intellectual disability. University of Helsinki, Institute of Clinical Medicine, Child Neurology, Faculty of Medicine, March 2001.
- Romppanen, A. Ikääntymisen vaikutuksista työmarkkinoilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:12. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö. Kansallisen Ikäohjelman seurantaraportti 2001. Julkaisuja 2001:17. Helsinki, 2001.
- Topo, P., Heiskanen, M-L, Rautavaara, A., Hannikainen-Ingman, K., Saarikalle, K. ja Tiilikainen, R. Kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalvelut. Vammaispalvelulain toteutuminen. Stakes, Raportteja 255. Helsinki, 2000.
- Töytäri, O. Apuvälineiden saatavuus. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Stakes. Aiheita 9/2001
- Virjo, I. ja Aho, S. Ikääntyvien työllisyys ja siihen vaikuttavat tekijät. Julkaistaan maaliskuussa 2002.
- Valtioneuvoston periaatepäätös kansanterveys 2015 ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki
- Ylipaavalniemi, P. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämisen kokonaiskartoitus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2001:6.

2.3. Vanhuus

	1999	2000*	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	9 750	10 200	10 890	11 610
- josta vanhuuseläkkeet (milj. euroa)	8 380	8 720	9 780	10 440
% sosiaalimenoista	30,3	30,9	31,7	32,0
% BKT:sta	8,1	7,8	8,1	8,3
Vanhuuseläkkeensaajat 31.12.	858 200	869 700	878 300	898 400
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	21 100	20 700	21 000	22 000
Kodinhoitoapua saaneet vanhustaloudet, vuoden aikana	84 300	83 000	86 000	87 000
Tukipalveluja saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	103 400	104 700	105 000	107 000
Omaishoidontukea saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	13 200	13 300	13 500	13 800

* ennakkotieto

** ennuste

Ikärakenteen vanheneminen lisää vanhuusmenoja

Sosiaaliturvan keskeinen tavoite on iäkkäiden ihmisten itsenäisen suoriutumisen ja toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman pitkään. Vanhuusmenot ovat olleet jo pitkään suurin sosiaalimenoerä. Vuonna 2002 vanhuusmenoihin käytetään arviolta 11 610 miljoonaa euroa (69 030 milj. mk), mikä on 32 prosenttia sosiaalimenoista ja 8,3 prosenttia bruttokansantuotteesta. Eläkkeiden ja muiden tulonsiirtojen osuus vanhuusmenoista on 90 prosenttia ja sosiaalipalvelujen osuus 10 prosenttia.

Terveyspalvelujen kustannukset eivät sisälly vanhuusmenoihin. Vuonna 2002 kuntien 65 vuotta täyttäneille järjestämien terveyspalvelujen ja Kelan maksamien sairaanhoitokorvausten nettomenojen ennustetaan olevan 2 153 miljoonaa euroa (12 800 milj. mk).

Vanhuusmenot kasvavat jatkuvasti. Eläkemenojen nousu johtuu vanhuuseläkeläisten määrän kasvusta ja työeläkkeiden noususta. Elinajan odotteen kasvun ansiosta keskimääräinen eläkkeelläoloaika pitenee myös suhteessa työssäolovuosiin. Palvelumenojen kustannusten kehityksen

kannalta ratkaisevia asioita ovat iäkkään väestön terveys ja toimintakyky sekä julkisten vanhuspalvelujen tarjonta ja kustannukset.

Vanhuusmenot kohdentuvat pääasiassa yli 65-vuotiaalle väestölle. Poikkeuksia ovat osa-aikaeläkkeiden ja varhennettujen vanhuuseläkkeiden kustannukset sekä niiden henkilöiden vanhuuseläkkeet, jotka ovat työskennelleet yleistä vanhuuseläkeikärajaa alemman eläkeikärajan ammateissa. Vanhuspalvelujen menoista valtaosa käytetään iäkkäimpien, viimeisiä elinvuosia elävien vanhusten hoitoon ja huolenpitoon. Alle 75-vuotiaiden osuus vanhuspalvelujen saajista on supistunut.

Väestön vanhenemisen taloudellisten vaikutusten kannalta olennaisinta on työssä käyvien määrän suhde huollettaviin. Yhteiskunnan, kuntien sekä työ- ja tuotantoelämän aktiivisella varautumisella ikärakenteen muutoksiin voidaan lievittää väestön vanhenemiseen liittyviä taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia. Tällä hetkellä työttömyys vie niitä voimavaroja, joita voitaisiin muuten käyttää muun muassa vanhuspalvelujen rahoittamiseen.

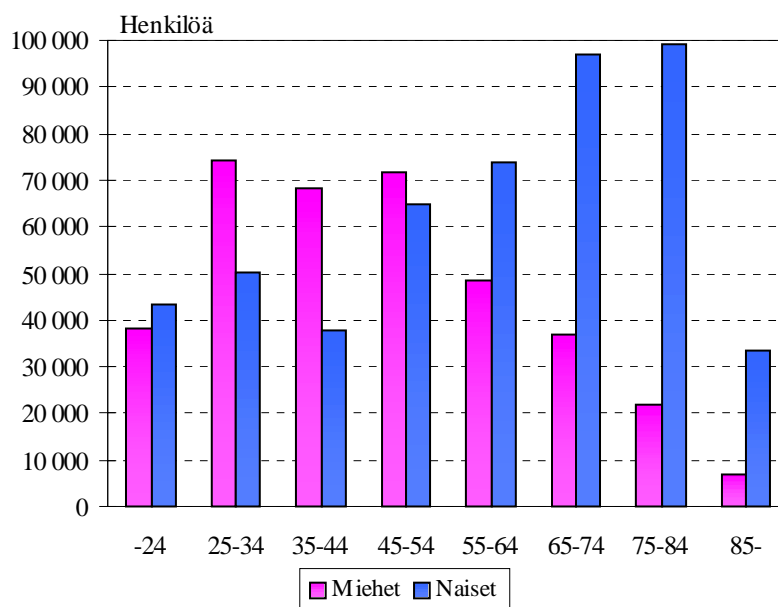
Muuttoliikkeen ja syntyvyyserojen takia väestön ikärakenteen alueelliset erot ovat suuria. Yli 65-vuotiaiden osuus kuntien väestöstä vaihtelee nykyisin 5 prosentista 30 prosenttiin. Pitkään jatkunut muuttotappio ja alhainen syntyvyys näkyvät etenkin Itä-Suomen ikärakenteessa. Useissa kunnissa väestön ikärakenne on jo samantyyppinen kuin maan väestöennusteessa vuodelle 2030.

Asukasrakenteen vanheneminen vaikuttaa kunnan talouteen. Vanhusvoittoinen ikärakenne voi aiheuttaa verotulojen pienene-

mistä samanaikaisesti kun eläkeikäisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Uhkana on, että eri puolilla maata asuvat vanhukset ovat palvelujen tarvitsijoina entistä eriarvoisemmassa asemassa.

Yli 65-vuotiaasta väestöstä oli vuoden 2000 lopussa naisia 62 prosenttia ja miehiä 38 prosenttia. 75 vuotta täyttäneistä naisista selvästi yli puolet (57 %) ja miehistä runsas neljäsosa (27 %) asui yksin. Perhesuhteet vaikuttavat merkittävästi iäkkäiden henkilöiden sosiaaliseen asemaan, esimerkiksi sosiaalipalvelujen tarpeeseen.

Kuvio 30. Yksin asuvat henkilöt ikäryhmän ja sukupuolen mukaan 31.12.2000



Lähde: Tilastokeskus

Vanhuuseläkkeiden kehitys

Kattava ja kohtuutasoinen eläketurva on vanhusten itsenäisen suoriutumisen perusta. Voimassa olevien vanhuuseläkkeiden tason kehitys noudattaa kansaneläkeindeksin ja TEL-indeksin kehitystä. Vanhuuseläkkeiden keskimääräinen taso nousee jatkuvasti, koska uudet työeläkkeet ovat korkeampia kuin aiemmin myönnettyt ja päättyvät työeläkkeet. Uudet vanhuuseläkkeet ovat nykyisin keskimäärin noin puolet työssälöajan ansioista. Vuoden 2000 lo-

pussa vanhuuseläkeläisten keskimääräinen kokonaiseläke oli 963 euroa (5 718 mk) kuukaudessa, miehillä 1 079 euroa (6 409 mk) ja naisilla 802 euroa (4 756 mk) kuukaudessa.

Vuoden 1996 eläkeuudistukseen liittyneet muutokset hidastivat vanhuuseläkkeiden tason kehitystä (kuvio 31). Uudistukseen sisältyivät muun muassa uusien kansaneläkkeiden täysi työeläkevähenteisyys, maksussa olleiden kansaneläkkeiden poh-

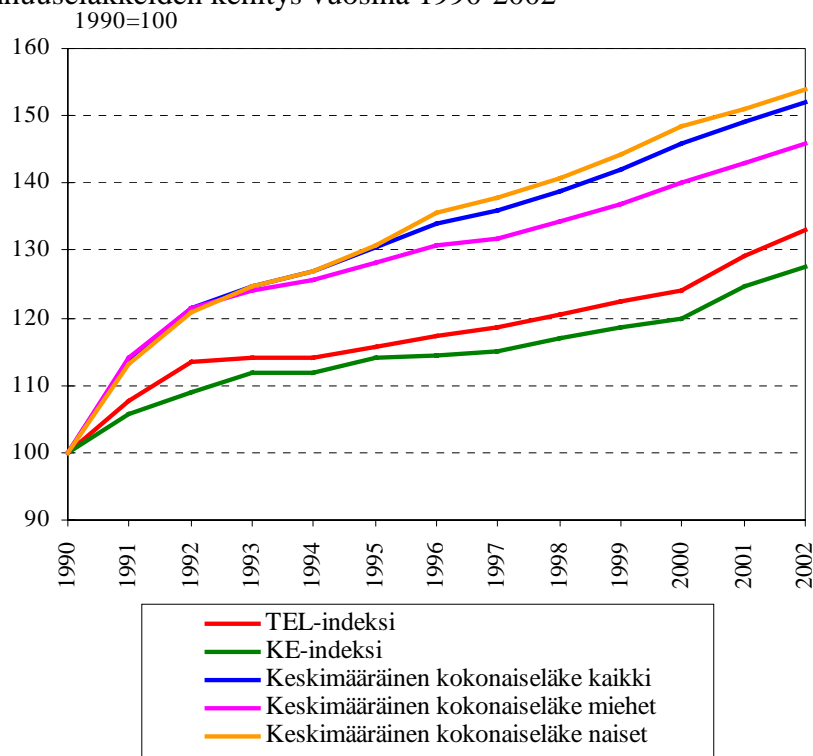
jaosien asteittainen poistaminen ja yli 65-vuotiaiden erillisen TEL-indeksin käyttöönotto. Kansaneläkkeen entisen pohjaosan loppuosa poistui vuoden 2001 alussa. Eläkeläisten verotuksen keventäminen on osittain korvannut eläketurvan leikkauksia.

Indeksisidonnaisuudella pyritään säilyttämään pitkäaikaisesti maksettavien sosiaaliturvaetuksien tosiasiallinen arvo. Vuosittainen TEL-indeksin tarkistus perustuu yleiseen palkka- ja hintatason muutokseen. Vanhuuseläkeläisten työeläkkeiden indeksitarkistuksissa sovelletaan indeksiä, jossa hintatason muutoksen osuus on 80 pro-

senttia ja ansiotason muutoksen osuus 20 prosenttia. Sen sijaan eläkepalkan laskennassa, ansaittujen eläkeoikeuksien arvojen tarkistamisessa ja maksussa olevien eläkkeiden tarkistamisessa 65 ikävuoteen asti käytetään edelleen indeksiä, jossa sekä hintatason että ansiotason vaikutus on 50 prosenttia.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa vuoteen 2010 esitettyihin toimenpidelinjauksiin kuuluu eläkeindeksin muuttaminen sellaiseksi, että se ottaa huomioon sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja kansantalouden kehityksen.

Kuvio 31. Vanhuuseläkkeiden kehitys vuosina 1990-2002



Vuosien 2001 ja 2002 keskimääräiset kokonaiseläkkeet ovat ennusteita

Osa-aika eläkkeet lisääntyneet nopeasti

Osa-aikaeläkkeen tarkoituksena on parantaa ikääntyneiden työntekijöiden mahdollisuuksia lyhentää työaikaansa ja siten myöhentää heidän siirtymistään kokonaan työ-

elämän ulkopuolelle ja auttaa heitä jaksamaan työelämässä. Osa-aikaeläke liitettiin yksityisen sektorin eläke-etuihin vuonna 1987 ja se laajeni julkiselle sektorille vuonna 1989. Kansaneläkelakiin ei kuulu osa-aikaeläkettä.

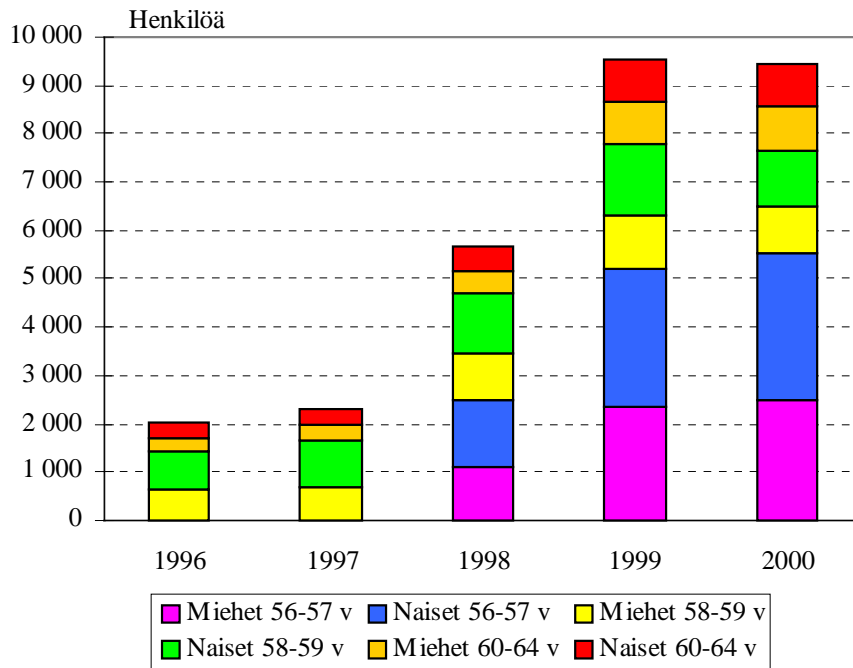
Alunperin osa-aikaeläkkeen alaikäraja oli yksityisellä sektorilla 60 vuotta ja julkisella sektorilla 58 vuotta. Ikäraja laskettiin yksityisellä sektorilla 58 vuoteen vuoden 1994 alusta. Lisäksi osa-aikaeläkkeen määrä nostettiin puoleen kokoaikaisen työn ja osa-aikaisen työn palkan erotuksesta. Ennen uudistusta osa-aikaeläkkeen suuruuteen vaikutti eläkkeellejäämisikä. Lisäksi vuonna 1994 säädettiin, että vanhuuseläkettä karttuu paitsi osa-aikatyöstä kuten aiemmin, myös ansion alenemasta osa-aikaeläkkeellä olon aikana.

Heinäkuusta 1998 alkaen osa-aikaeläkkeen alaikäraja alennettiin väliaikaisesti 56 vuoteen. Määräaikaisen lain voimassaoloa jatkettiin sittemmin vuoden 2002 loppuun.

Vuonna 1998 myös sovittiin, että työnantajan velvollisuus on pyrkiä järjestämään osa-aikatyötä työntekijälle, joka haluaa siirtyä osa-aikaeläkkeelle. Työntekijälle ei kuitenkaan säädetty oikeutta vaatia osa-aikaeläkkeelle pääsyä.

Vuoden 1998 uudistusten jälkeen osa-aikaeläkkeen suosio lähti odotettuaikin suurempaan kasvuun (kuvio 32). Samanaikaisesti kokoaikaisen eläkeläisten väestöosuus on pienentynyt. Osa-aikaeläkeläisiä oli vuoden 1997 lopussa noin 7 000, elokuussa 2001 heitä oli jo 27 000, joista yksityisellä sektorilla vajaat 16 000. Vuonna 2000 osa-aikaeläkkeensaajien osuus kaikista eläkkeensaajista oli 55-59-vuotiaiden ikäryhmässä 18 prosenttia.

Kuvio 32. Vuosina 1996 - 2000 alkaneet osa-aikaeläkkeet alkamisiän ja sukupuolen mukaan



Lähde: Eläketurvakeskus

Osa-aikaeläkkeen ikäraja nousee ja uuden eläkkeen karttumisvauhti hidastuu vuoden 2003 alusta. Muutokset eivät koske vuonna 1946 ja sitä ennen syntyneitä. Vuonna 1947 ja sen jälkeen syntyneillä on mahdollisuus saada osa-aikaeläke 58 vuoden iässä.

Kokoaikatyön ja osa-aikatyön välisestä ansion alenemasta karttuvan eläkkeen aleneminen pienentää osa-aikaeläkkeen jälkeen myönnettävää vanhuuseläkettä. Osa-aikatyö kartuttaa uutta eläkettä niin kuin muukin työ.

Nykyiset osa-aikaeläkeläiset ovat tavallisin toimihenkilöitä, esimerkiksi erilaiset asiantuntijat ovat hakeutuneet runsaasti osa-aikaeläkkeelle. Viime vuosina osa-aikaeläke on levinnyt uusille ammatti- ja toimialoille. Esimerkiksi hoitajat, keittiö- ja kiinteistötyöntekijät sekä teollisuudessa työtä tekevät ovat aikaisempaa enemmän siirtyneet osa-aikaeläkkeelle.

Osa-aikaeläkeläisistä yli 90 prosenttia pitää terveydentilaansa hyvänä tai kohtalaisena. Osa-aikaeläkeläisten oma arvio terveydentilastaan on samanlainen kokopäivätyössä käyviin samanikäisiin (58–64-vuotiaat) verrattuna. Osa-aikaeläkeläiset arvioivat myös työkykynsä yleensä hyväksi. Naiset arvioivat osa-aikaeläkkeen vaikutusta työkykyyn ja jaksamiseen myönteisemmin kuin miehet. Osa-aikaeläkeläisten oman arvion mukaan työn vähentäminen on auttanut siinä, että he jaksavat tehdä työtä paremmin kuin aiemmin kokopäivätyössä. Osa-aikaeläkkeen yleistymisen myötä osa-aikaeläkeläisissä on kuitenkin aiempaa enemmän niitä, jotka työskentelevät fyysisesti raskaissa töissä, ja jotka eivät arvioi terveyttään yhtä myönteisesti.

Nykymuodossaan osa-aikaeläke on taloudellisesti varsin edullinen sekä työnantajalle että työntekijälle. Osa-aikaeläkkeen suosio on heijastellut selvästi eläketurvan tasoon tehtyjä muutoksia. Kun etuuksia parannettiin, suosio kasvoi. Osa-aikaeläkkeen suosio vastaa kuitenkin hyvin myös kehitystä, jota luonnehtii työssä uupuminen yleisesti koettuna ongelmana ja mielenterveyden ongelmien muodostuminen johtavaksi työkyvyttömyyden syyksi. Osa-aikatyö saattaa vähentää tämänkaltaisia ongelmia. Tulevaisuudessa esimerkiksi huolenpito iäkkäistä omaisista saattaa lisätä ikääntyneiden kiinnostusta osa-aikaeläkkeelle.

Osa-aikaeläke on saattanut jonkin verran vähentää työttömyyseläkeputken käyttöä. Toisaalta työttömyyden uhka on ollut vain

harvoilla osa-aikaeläkkeelle siirtymisen syynä. Osa-aikaeläkejärjestelmällä näyttäisi olevan jonkin verran työllisyyttä parantavia vaikutuksia, sillä noin joka kolmannen osa-aikaeläkkeelle siirtyneen tilalle on palkattu uusi työntekijä.

Osa-aikaeläkkeen yleistyessä uusien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä on jonkin verran laskenut. Toisaalta yksilöllisten varhaiseläkkeiden alkavuus on ollut vähäistä jo useana vuotena. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiansa vuoteen 2010 esittää, että osa-aikaeläkkeen mitoituksessa otettaisiin huomioon työkyvyn aleneminen.

Vanhuuseläkkeitä koskevia uudistusehdotuksia

Työmarkkinoiden keskusjärjestöt sopivat marraskuussa 2001 ehdotuksesta yksityisalojen työeläkkeiden kehittämisestä (ks. luku 2.2.). Ehdotuksen mukaan työeläkkeen kertymisen alaikäraja alennettaisiin 23 vuodesta 18 vuoteen ja päättymisikä nostettaisiin 65 vuodesta 68 vuoteen. Uusi järjestelmä perustuisi joustavaan vanhuuseläkeikään. Vanhuuseläkkeelle voisi siirtyä 62 - 68-vuotiaana. Työntekijä voisi 63 vuoden iästä alkaen valita, haluaako hän edelleen jatkaa työntekoa ja kartuttaa tulevaa eläkettään vai siirtyä siihen mennessä ansaitsemalleen eläkkeelle.

Eläkepalkasta ehdotuksen mukaan siirtymäaikoina käytössä kaksi laskusääntöä. Uudet eläkkeet laskettaisiin vuosina 2005 - 2010 sekä koko työhistorian että jokaisen työsuhteen 10 viimeisen vuoden ansioiden perusteella. Eläke määräytyisi työntekijälle edullisemman laskutavan mukaan. Lopullisesta laskentamallista on tarkoitus päättää viimeistään vuonna 2008 ja se tulisi voimaan viimeistään vuoden 2011 alussa.

Eläkeuudistusta pohtinut neuvotteluryhmä ehdotti myös palkattomien aikojen eläkekattuman uudistamista. Eläkettä karttuisi

erikseen sovittavalla tavalla myös sellaisilta palkattomilta ajoilta, joina ansiotyöstä poissaolo on tilapäistä. Tällaisia jaksoja ovat esimerkiksi sairaus-, opiskelu- ja lastenhoitojaksot.

Eläkeikäisten toimintakykyä voidaan edelleen parantaa

Suomessa 65-vuotiaiden miesten odotettavissa oleva elinaika on nykyisin 15 vuotta ja naisten 19 vuotta. 80-vuotias nainen voi odottaa elävänsä runsaat 8 vuotta ja mies vajaat 7 vuotta. Elinajanodotteen ennustetaan pitenevän jatkossa suhteellisesti eniten yli 80-vuotiaiden joukossa, mikä kasvattaa heidän osuuttaan eläkeikäisestä väestöstä.

Eläkeikäisten enemmistö on aktiivisia ihmisiä, jotka kykenevät selviytymään itsenäisesti. 60-75-vuotiaiden eläkeikäisten toimintakyky on kohentunut ja lähes kaikki tämän ikäryhmän ihmiset asuvat omissa kodeissaan itsenäisesti ilman tarvetta säännöllisiin palveluihin. Valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015-ohjelmassa asetettiin tavoitteeksi yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paranemisen jatkuminen samansuuntaisena kuin 20 viime vuoden ajan. Toimintakyvyn heikkeneminen kiihtyy nykyisin monilla 75 vuoden ja erityisesti 80 vuoden iän saavuttamisen jälkeen.

Suuret toiminnanvajavuudet siirtyvät hitaasti kohti entistä vanhempia ikäryhmiä. Myöhemmin syntyneet henkilöt ovat terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin aiemmin syntyneet samanikäisinä. Yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakyky todennäköisesti paranee tulevaisuudessakin, joskin lyhyellä aikavälillä muutokset ovat pieniä. Iäkkäiden ihmisten kokonaistoimintakyvyttömyys ja avun tarpeen kokonaismäärä eivät siis välttämättä kasva samassa mitassa kuin heidän lukumääränsä.

Asuin- ja elinympäristö ja palvelut muodostavat iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn

kannalta tärkeän kokonaisuuden sekä koti- että laitoshoidossa. Tarve intensiivisiin palveluihin myöhenee ja omaisten ja henkilöstön työ helpottuu, kun ympäristöt ja niiden tekniset ratkaisut suunnitellaan esteettömiksi ja toimiviksi. Kotona ja laitoksissa annettavien palvelujen kustannusten hallinta vaatii yhteisesti jaettua vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä asunto-, liikenne- ja muiden yhteiskuntapolitiikan sektoreiden kesken.

Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä on tärkeä merkitys myös erilaisella kolmannen sektorin toiminnalla. Mukanaolo esimerkiksi eläkeläis- ja liikuntajärjestöjen toiminnassa pitää yllä sosiaalisia verkostoja, jotka vaikuttavat merkittävästi eläkeläisten elämänlaatuun ja toimintakyvyn säilymiseen. Järjestötoiminnan tukeminen raha-automaatti- ja veikkausvoittovaroista on osa ennalta ehkäisevää vanhustyötä, joka säästää julkisten palvelujen kustannuksia.

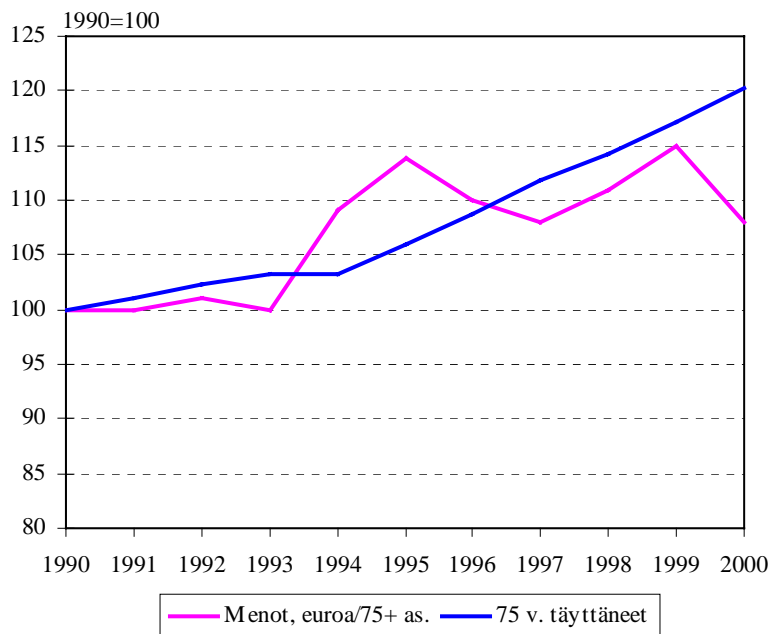
Läks väestö pysyy tulevaisuudessakin toimintakyvyltään hyvin heterogeenisena joukkona. Tavoitteena on, että kaikille avun tarvitsijoille laadittaisiin mahdollisimman yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka turvaisi toimintakykyä ja avun tarvetta vastaavan avun ja palvelut. Parhaillaan valmistellaan ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmia koskevaa valtakunnallista opasta. Myönteistä on, että yhä useammassa kunnissa on otettu käyttöön mittareita, joilla arvioidaan yksilöllisesti palveluja hakevien ja niitä käyttävien vanhusten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja avuntarvetta (esim. RA-VA ja RAI). Monipuolisimmat mittarit auttavat myös arvioimaan, miten palvelutarpeet voidaan parhaiten tyydyttää, millaista henkilöstömitoitusta palveluissa tarvitaan ja mitkä ovat eri palveluvaihtoehtojen kustannukset.

Vanhuspalveluihin tarvitaan lisää voimavaroja ja innovaatioita

Vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyt menot ovat kehittyneet viime vuosina vaihtelevasti (kuvio 33). Vanhuspalvelujen menot ovat Suomessa selvästi pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa. Jotta iäkkäiden asukkaiden tarvitsemat palvelut turvattiin riittävinä ja laadukkaina koko maassa, niihin tarvitaan lisää valtion ja kuntien voimavaroja.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta lisättiin valtion vuoden 2002 talousarviossa 32,7 miljoonaa eurolla (194 milj. mk) vanhuspalvelujen puutteiden korjaamiseen sekä ikäihmisten palveluiden kehittämiseen. Määräraha ei ole korvamerkitty, mutta sen kohdentamisen perusteena on 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden osuus kunnan väestöstä. Määräraha parantaa kuntien mahdollisuuksia korjata pahimmat epäkohdat esimerkiksi kotipalvelussa ja laitoshoidossa.

Kuvio 33. Vanhuspalvelujen menojen reaalinen kehitys 1990-2000



Menoihin sisältyvät vanhusten laitoshuolto (vanhainkotihoito), kotipalvelu, asumispalvelut, omaishoidon tuki ja muut vanhusten sosiaalipalvelut. Vanhusten laitoshuoltoa lukuun ottamatta menot on arvioitu eri palvelumuotojen vanhusasiakkaiden ja avopalveluiden käyntien määrän perusteella.

Julkisten vanhuspalvelujen työntekijöiden työtahdissa ei ole enää juurikaan kiristämisen mahdollisuuksia. Vanhuspalveluissa on pikemminkin tarvetta lisätyövoiman palkkaukseen. Lisäksi alan palkkakehitys on ollut vaatimatonta ja siinä on tarkistamis-paineita vanhustyön kilpailukyvyyn säilyttämiseksi. Tuottavuuden paranemista voidaan siten jatkaa lähinnä innovaatiopohjaisen tuottavuuden nousun avulla. Vanhuspalvelujen määrän ja laadun turvaamiseksi tarvitaan riittävän ja koulutetun henkilöstön lisäksi uuden apuväline- ja muun tek-

nologian tehokkaampaa hyödyntämistä ja jatkuvaa palvelujen "tuotekehittelyä" iäkkään väestön tarpeiden pohjalta. On luotava uusia työmenetelmiä ja yhteistoimintaverkostoja sekä levitettävä hyväksi todettuja toimintakäytäntöjä laajempaan käyttöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö on suunnannut hallituksen tulevaisuuspaketista sille osoitettua määrärahaa laajaan hankekokonaisuuteen, joka tähtää tietoteknologian hyödyntämiseen vanhus- ja vammaispa-lveluissa. Hankkeessa kehitetään paikallista

ja alueellista osaamista ja malleja tietoteknologiaan perustuvien palvelujen, laitteiden ja apuvälineiden käyttämiseksi itsenäisen suoriutumisen tukemisessa. Hankekonaisuus ajoittuu vuosille 2001 – 2003.

Vanhusten hoitoa ja palveluja koskevaa informaatio-ohjausta tehostetaan

Oikeus välttämättömään huolenpitoon on ollut vuoden 1995 perusoikeusuudistuksesta asti perustuslaissa säädetty jokaiselle kuuluva subjektiivinen oikeus. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Vanhusväestön julkiset palvelut ovat Suomessa osa yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, joiden järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi.

Iäkkäillä on periaatteessa mahdollisuus saada sosiaali- ja terveyspalveluja samalla tavalla kuin muullakin väestöllä. Suomessa ei siis ole erityistä vanhushpalveluja koskevaa lainsäädäntöä. Vanhushpalveluissa ei ole ehdottomia, tiettyihin kriteereihin perustuvia subjektiivisia oikeuksia tiettyyn hoito- tai palvelumuotoon. Vanhushpalveluihin ei myöskään liity palvelujen järjestämistä koskevia määrällisiä normeja. Kysymys on viime sijassa siitä, millainen palvelu kunnissa arvioidaan kulloinkin taroituksenmukaisimmaksi kunkin iäkkään henkilön tarpeisiin. Kunnat päättävät palveluvalikoimasta ja palvelujen mitoittamisesta.

Kustannustehokkuudesta tuli 1990-luvun Suomessa usein hallitsevin vanhushpalveluihin vaikuttava vaatimus. Tavoitteena on, että myös palvelujen laatu ja asiakaskeisyys nousevat kaikissa kunnissa tärkeiksi kehittämiskohteiksi.

Vanhushpalvelujen valtakunnallinen ohjaus oli 1990-luvulla lähinnä informaatio-ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriö pyrki parantamaan informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta ikäihmisten hoitoa ja pal-

veluja koskevalla laatusuosituksella, joka annettiin huhtikuussa 2001 yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa. Suositus on tarkoitettu erityisesti kuntien päättäjille ja johdolle, jotka ovat vastuussa vanhushpolitiikan toiminnallisista linjauksista ja voimavarojen osoittamisesta niiden toteuttamiseen. Suositus auttaa kuntia arvioimaan toiminnan asianmukaisuutta, tavoitteiden toteutumista ja budjettivarojen käyttöä. Kuntalaisille suositus antaa suuntaviivat, joiden perusteella he voivat arvioida oman kuntansa palveluita.

Suosituksen tavoitteena on edistää sitä, että palvelurakenne vastaa vanhusten tarpeisiin ja että kunta osoittaa riittävät voimavarat palveluja koskevien tavoitteiden saavuttamiseksi. Suosituksen mukaan jokaisessa kunnassa tulisi olla kuntasuunnitelman osana vanhushpoliittinen strategia, jossa määritellään iäkkäiden kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen liittyvät tavoitteet. Samalla määritellään eri hallintokuntien ja sidosryhmien vastuut niiden toteuttamisessa. Laatusuositus lähtee siitä, että strateginen suunnittelu, mitattavat tavoitteet sekä niiden toteutumisen järjestelmällinen seuranta ja arviointi tuovat palveluihin laatua.

Vanhushpoliittisia strategioita oli keväällä 2001 noin joka toisessa kunnassa ja monissa kunnista oli päätetty strategiatyön aloittamisesta. Joka viidennellä kunnalla ei vielä ollut vanhushpoliittista strategiaa tai suunnitelmaa sen laatimisesta. Muilta osin ei vielä ole saatavilla valtakunnallisia tietoa siitä, onko laatusuositus vaikuttanut kuntien vanhushpalvelujen talousarvioihin, palvelujen sisältöön ja laatuun ja henkilöstömääriin. Joissakin kunnissa suosituksen tiedetään osaltaan vauhdittaneen lisähenkilöstön palkkausta ja työsuhteiden vakinaistamista.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt laatusuosituksen suunnitelmallisen toimeenpanon yhteistyössä Suomen Kun

taliiton, Stakesin, lääninhallitusten ja järjestöjen kanssa lukuisissa koulutustilaisuuksissa ympäri maata. Useita palveluja koskevia valtakunnallisia kehittämishankkeita on käynnistetty. Sosiaali- ja terveysministeriö tulee lisäksi asettamaan seurantaryhmän, jonka tehtävänä on seurata ja ohjata laatusuosituksen toteutumista, toimivuutta ja palvelujen kehittymistä sekä edistää vanhuspoliittista strategiatyötä ja vanhusalan kehittämishankkeita. Erityistä huomiota kiinnitetään palvelujen laadun, ehkäisevän ja kuntouttavan työn sekä avohoidon palvelujen kehittämiseen. Tavoitteena on, että palvelurakenne saadaan toimivaksi vuoteen 2010 mennessä, jolloin eläkeikäisen väestön määrän kasvu nopeutuu entisestään.

Suosituksen tueksi julkaistaan erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tarkoitettu vanhusten hyvän hoidon ja palvelun opas. Lisäksi Stakes kokoaa kaikkien kuntien vapaaseen käyttöön avainindikaattoreita, joiden avulla voidaan seurata ja arvioida vanhuspoliittisia strategioiden toteutumista ja palvelujen kehitystä sekä verrata niitä muihin kuntiin.

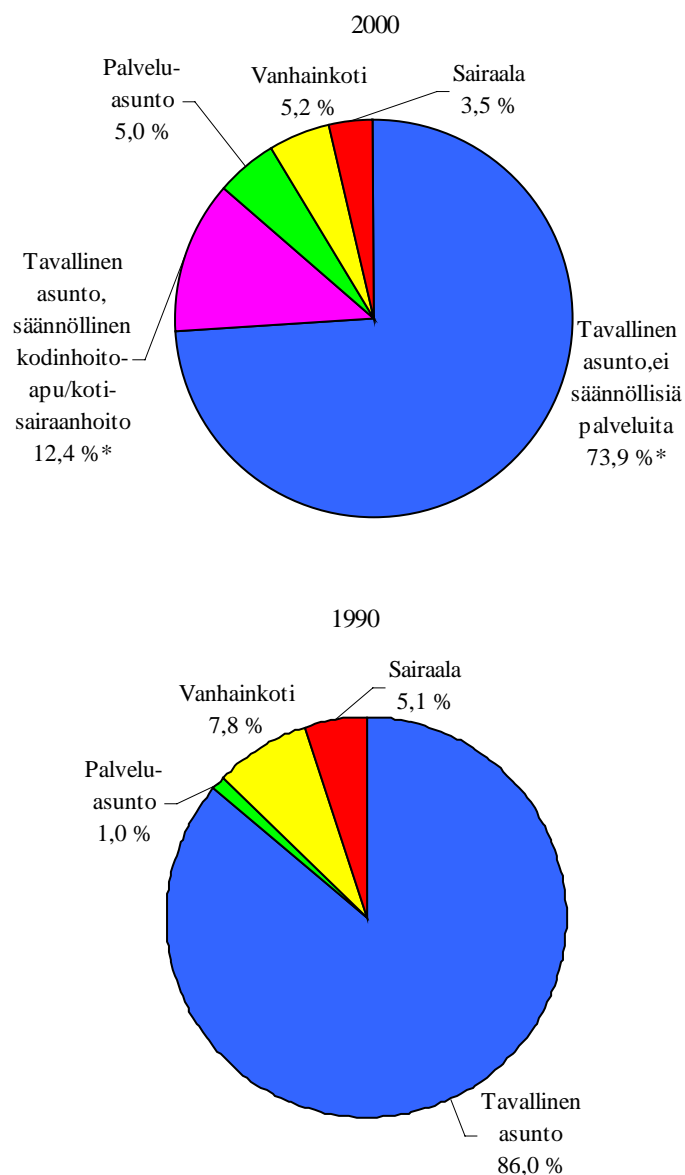
Laitoshoidossa olevien vanhusten osuus pienentynyt

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään, tarvittaessa palvelujen ja apuvälineiden turvin on ollut jo pitkään valtakunnallisen vanhuspolitiikan peruslinjaus Suomessa. Valtaosa 75 vuotta täyttäneistä selviytyy ilman säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Jatkuvasti piene-

nevä osa vanhuksista on laitoshoidossa. Pitkäaikainen laitoshoido on korvautunut pääasiassa palveluasumisella (kuvio 34). Palveluasuminen sisältää hyvin erityyppisiä palveluita, jotka ulottuvat suhteellisen kevyistä palveluista intensiiviseen huolenpitoon, johon kuuluu ympärivuorokautinen valvonta. Jatkuva ja säännöllinen kotona annettava palvelu (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) eivät ole kehittyneet samassa tahdissa kuin laitoshoidoa on vähennetty.

Vanhainkotihoitossa ja muussa laitoshoidossa olevista vanhuksista suurin osa, noin 75 prosenttia, on naisia. Joka kymmenes 75 vuotta täyttänyt nainen on laitoshoidossa, mikä on lähes kaksinkertainen osuus samanikäisiin miehiin verrattuna. Miehet selviytyvät kotona pidempään muun muassa puolison avun turvin. Lähes kaksi kolmesta säännöllistä kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa saaneesta yli 65-vuotiaista henkilöistä oli naisia vuonna 1999.

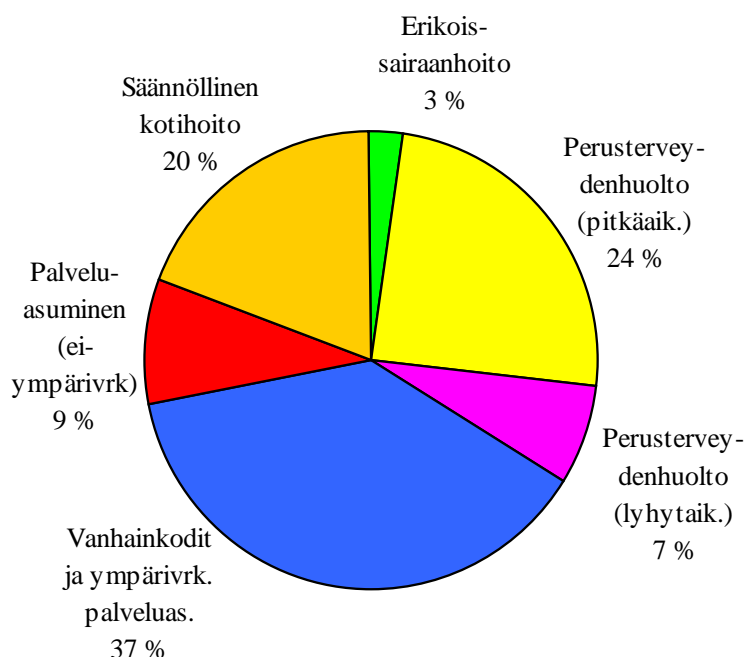
Kotona tavallisessa asunnossa asuu kasvava määrä iäkkäitä ihmisiä. Asuntojen varustustason paraneminen tukee osaltaan mahdollisuuksia kotona asumiseen. Vanhusten määrän kasvaessa ei voida eikä ole tarkoituksenmukaista lisätä palveluasuntoja ja vanhainkoteja samaan tahtiin, joten kotona asuu tulevaisuudessa yhä suurempi osa iäkkästä väestöstä. Ikärakenteen vanheneminen merkitsisi useiden tuhansien uusien laitoshoitopaikkojen ja palveluasuntojen tarvetta vuoteen 2010 mennessä, jos palvelurakennetta ei muutettaisi.

Kuvio 34. 75 vuotta täyttäneiden asumismuodot vuonna 1990 ja 2000

Tavallisessa asunnossa asuvien jako palveluiden säännöllisiin käyttäjiin ja muihin perustuu vuoden 1999 kotihoitolaskennan tietoihin. Vuodelta 1990 vastaavaa tietoa ei ole saatavilla.

Dementia on kansantalouden kannalta suurimpia sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita, jonka hoito vaatii kasvavia voimavaroja. Keski- ja vaikea-asteisten kognitiivisten häiriöiden esiintyvyys lisääntyy jyrkästi iän mukana. Keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsii nykyisin noin

80 000 vanhusta ja määrän arvioidaan kasvavan noin 15 000 henkilöllä seuraavan 10 vuoden aikana. Dementoivat sairaudet ovat suurimpia pitkäaikaisen laitoshoidon tai muun ympärivuorokautista valvontaa sisältävän palvelun tarpeen aiheuttajia.

Kuvio 35. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystaloudessa 31.12.1999 (N=24 001)

Säännöllinen kotihoito tarkoittaa kotipalvelua, kotisairaanhoitoa tai omaishoidon tukea. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito tarkoittavat tässä laitoshoidon.

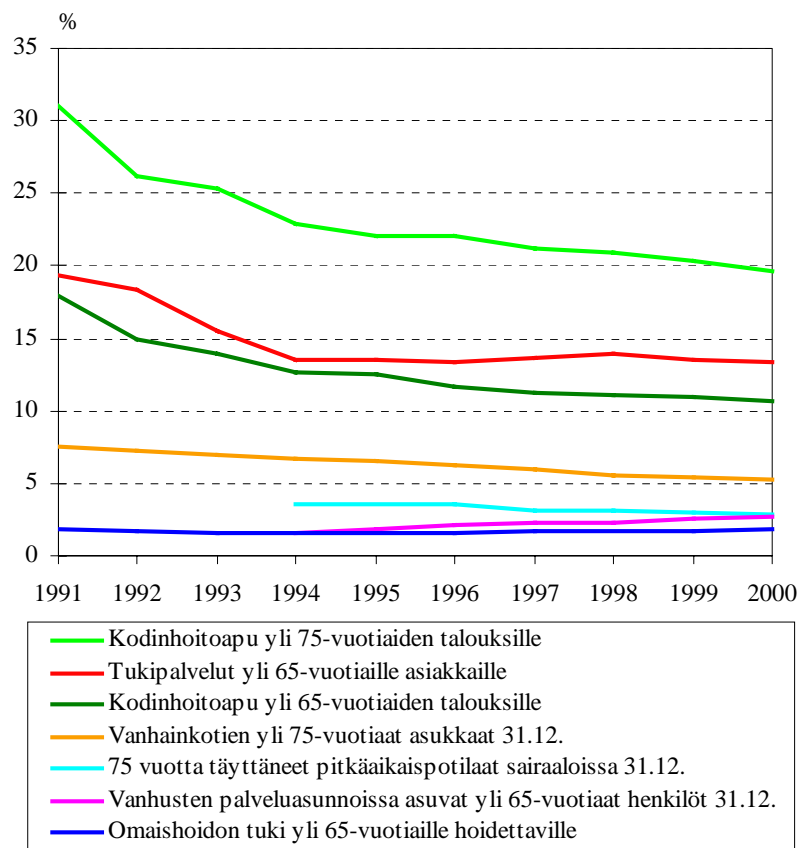
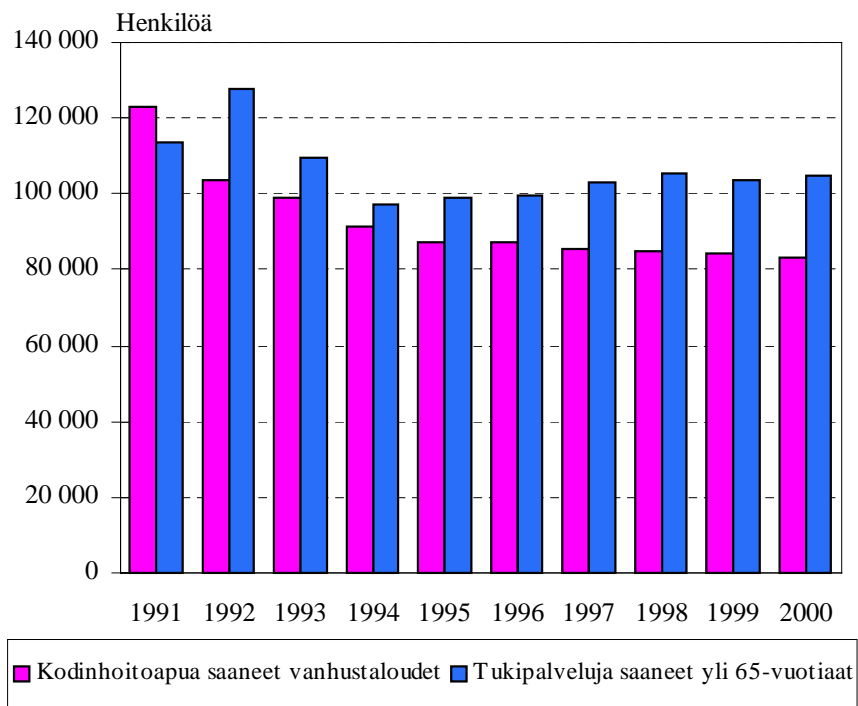
Lähde: Stakes

Kotiin annettavissa palveluissa ja palveluasumisessa kohentamistarpeita

Vanhuspalveluista vastaavilla toimijoilla on kaksoishaaste: kustannusten hallinta ja laadun parantaminen. 1990-luvulla keskeisenä julkisten kustannusten hillitsemisstrategiana oli laitoshoidon vähentäminen ja niukka henkilöstömitoitus. Toinen keino, jolla on yritetty tehostaa palvelujen kohdentumista, on ollut avopalvelujen uudelleen suuntaaminen "eniten avun tarpeessa oleville". Tämän strategian tuloksena on ollut kodinhoitoavun ja tukipalvelujen kattavuuden merkittävä supistuminen (kuviot 36 ja 37). Strategia perustuu oletukseen, että vähemmän apua tarvitsevat voivat huolehtia itsestään omin voimin ja omaisten turvin tai hankkia yksityisiä palveluja. Tällaisen tiukan tarveharkinnan tai priorisoinnin riskinä on palvelujen kohdentamispäätösten yksipuolistuminen tiukan lääketieteelliseksi ja palvelujen käyttäjien sekä heidän omaisensa sulkeminen

päätöksenteon ulkopuolelle. Samalla avohoidon palvelujen ennaltaehkäisevä, toimintakykyä ylläpitävä ja kuntouttava rooli voi jäädä pieneksi.

Palveluihin käytettävien voimavarojen lisäämisessä kunnat ovat käyttäneet strategiana kustannusten siirtämistä käyttäjille (käyttäjämaksujen nostamista) ja muille taholle. Vaihtoehtoista rahoitusta on etsitty erityisesti asumissektorilta. Vanhainkotihoitoa on korvattu pääasiassa palveluasumisella, jonka hinnoittelu on kunnille suhteellisen vapaata ja jonka kustannuksista kunta rahoittaa pienemmän osan kuin laitospalveluista. Palveluasunnossa asuva henkilö voi saada Kelan maksamia etuuksia (asumistuki, eläkkeensaajien hoitotuki, sairaanhoitokorvaukset), joita ei makseta pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille. Palveluasumisen laajenemisen taustalla oli 1990-luvulla myös Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) järjestöille, säätiöille ja yhdistyksille myöntämä tuki palveluasuntojen rakentamiseen.

Kuvio 36. Keskeisten vanhushpalvelujen saajien prosenttiosuuksia vuosina 1991 - 2000**Kuvio 37.** Kodinhoitoapua ja tukipalveluja saaneet yli 65-vuotiaat vuosina 1991 - 2000

Vanhuspalvelujen keskeisimpiä haasteita on tavallisissa asunnoissa asuvien vanhusten palvelujen kehittäminen ja voimavarojen lisääminen. Palvelujen järjestäminen tutussa kotiympäristössä on useimmiten inhimillisin ja samalla kustannustehokkain toimintamalli, jossa pystytään parhaiten käyttämään iäkkään ihmisten jäljellä olevia voimavaroja sekä säilyttämään omaisten ja lähiyhteisön panos huolenpidossa. Kotipalvelujen henkilöstöä on viime vuosina lisätty, mutta noin kolmanneksen kotipalvelun työpanoksesta arvioidaan kohdistuvan palveluasunnoissa asuville henkilöille. Kotipalvelua ja kotisairaanhoidtoa ei usein ole valmiutta lisätä joustavasti palvelutarpeen kasvaessa, mikä voi aiheuttaa kotona asuvien vanhusten ja heidän omaistensa turvattomuutta. Muutto pois kotoa voi tulla eteen silloinkin, kun kotihoito olisi vielä mahdollista sopivien palvelujen turvin. Tutun ympäristön menettäminen heikentää usein iäkkäiden ihmisten henkisiä voimavaroja ja aiheuttaa masennusta.

Palveluasumiseen sisältyvissä palveluissa on suuria eroja. Jatkossa on tarvetta selvittää palveluasumisen kirjavaa kenttää ja löytää palveluasumiselle tarkoituksenmukainen rooli ja kohderyhmä palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Palveluasunto, jossa ei ole ympärivuorokautista valvontaa, ei yleensä sovellu vaikeasti tai keskivaikeasti dementoituneen vanhuksen asunnoksi.

Toimivan ikäihmisten palvelujen rakenteen tueksi tarvitaan saumattomia palveluketjuja. Se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että erikoissairaanhoidtoa vaativa ongelma hoidetaan erikoissairaanhoidossa asettamatta perusteettomia ikärajoja, kuntoutus aloitetaan viipymättä perusterveydenhuollossa ja potilaan kotiutuessa hänellä on riittävät kotipalvelut ja apuvälineet kotona selviytymisen tukena. Kaikissa palveluissa tarvitaan kuntouttavaa työtettä.

Ennaltaehkäisyyn ja kuntoutuksen voimavarat ja onnistuminen vaikuttavat siihen, millaisia kustannuksia väestön ikääntymisestä aiheutuu pitemmällä aikavälillä. Kiinnostus ehkäisevän ja etsivän vanhustyön kehittämiseen ilmenee muun muassa niin sanottujen ehkäisevien kotikäyntien käynnistämisenä tietyn ikärajan saavuttaneille vanhuksille. Suomen Kuntaliiton selvityksen mukaan niitä on käynnissä noin 40 kunnassa. Suomen Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes toteuttavat ehkäisevien kotikäyntien kehittämis- ja arviointihankkeen vuosina 2001 - 2003.

Omaishoidon asemaa punnittava

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeeseen vaikuttavat terveydentilan lisäksi monet sosiaaliset tekijät. Myös Suomessa perheenjäsenet ja muut omaiset kantavat usein ensisijaisen vastuun iäkkäiden tarvitsemasta avusta ja tuesta. Vanhusten avusta arviolta noin 70 prosenttia on omaisilta ja läheisiltä saatua apua. Omaisten rooli on tärkeä sekä inhimillisesti että taloudellisesti. Naiset toimivat omaisensa hoitajina useammin kuin miehet, mutta myös hoitajina toimivien miesten määrä kasvaa. Vanhusten hoitajat ovat usein itsekin eläkeikäisiä.

Vanhusten ja vammaisten omaishoidon edellytyksiä arvioitaessa on otettava huomioon perherakenteiden ja elämäntapojen muutokset. Myös omaisten osallistuminen työelämään, työelämän kehitys ja omaishoitajien sosiaaliturva vaikuttavat siihen, miten he kykenevät osallistumaan hoitoon.

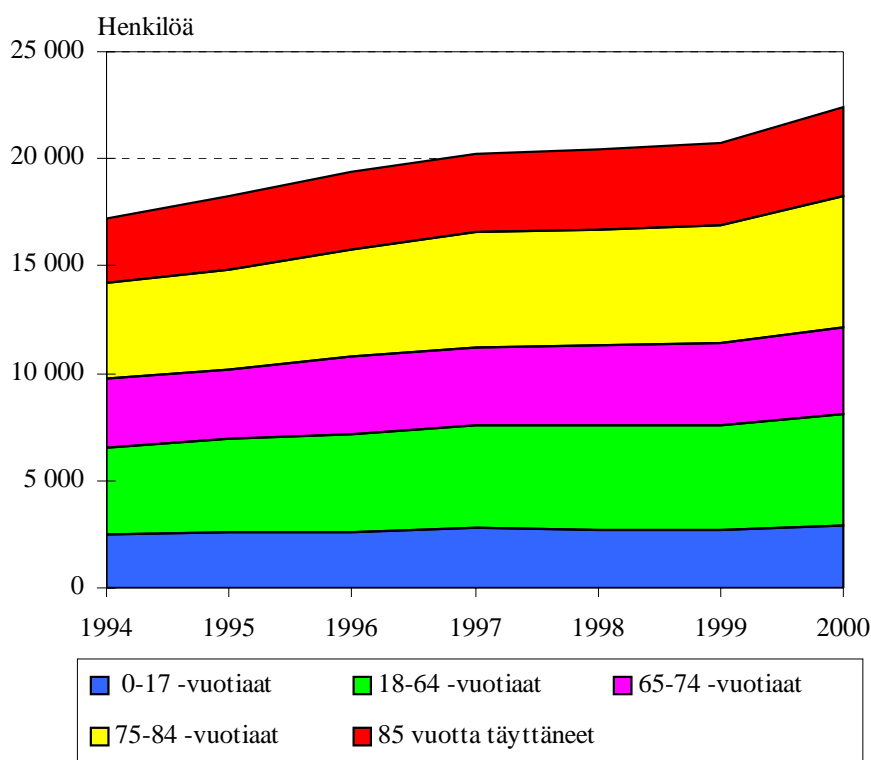
Omaishoidon tukijärjestelmä otettiin käyttöön vuonna 1993. Omaishoidon tuki on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jota kunta voi myöntää hoitopalkkiona ja palveluina. Vuonna 2002 omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkien vähimmäismäärä on 218,95 euroa (1 302 mk/kk). Palkkio voidaan sopia pienemmäksi tietyin perustein. Palkkioiden määrässä on suuria kunti

en välisiä eroja. Rahana maksettavaan vanhusten omaishoidon tukeen käytettiin vuonna 2000 41,5 miljoonaa euroa (247 milj. mk) ja vammaisten omaishoidon tukeen 23,5 miljoonaa euroa (140 milj. mk).

Vuonna 2000 omaishoidon tuella hoidettiin 22 400:aa henkilöä, joista kaksi kolmesta oli yli 65-vuotiaita (kuvio 38). Omaishoidon tukea saavia omaishoitajina oli 21 700. Vain pieni osa omaistaan hoitavista henkilöistä on omaishoidon tukijärjestelmän piirissä.

Dementia kuuluu suurimpiin omaishoidon haasteisiin. Myös dementiasta kärsivien vanhusten omaishoitajista suurin osa on omaishoidon tuen ulkopuolella ja hoitaa vanhusta, joka ei saa säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Dementiaa sairastavia henkilöiden omaishoitajien tueksi tarvitaan lisää erityistoimenpiteitä, erityisesti jaksamista helpottavia palveluja, ohjausta ja neuvontaa.

Kuvio 38. Omaishoidon tuella hoidetut henkilöt ikäryhmittäin 1994 - 2000



Sitovaa hoitotyötä tekevien omaishoidon tuen saajien lakisääteisten vapaan määrää lisättiin yhdestä kahteen vuorokauteen kuukautta kohti vuodesta 2002 alkaen. Samalla omaishoitajan lakisääteiseen vapaaseen oikeutettujen määrä lisääntyi ja omaishoitajat tulivat lakisääteisen tapaturmavakuutuksen piiriin. Uudistus lisää valtion menoja 5,6 miljoonaa euroa (33,5 milj. mk) vuonna 2002.

Omaishoidon tuen kehittäminen säilyy jatkossakin yhtenä vanhusten ja vammaisten hoidon kehittämishaasteena. Omaishoidon tukeminen yhtenä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta on taroituksenmukaista, kun otetaan huomioon vanhusväestön jatkuva kasvu ja tarve vaihtoehtoihin hoito- ja huolenpitoratkaisuihin.

Tulevaisuudessa on pohdittava muun muassa sitä, mitkä ovat yhteiskunnan tukea edellyttävän omaishoitosuhteen kriteerit hoidon vaativuuden suhteen ja miten otetaan parhaiten huomioon erilaisten omaishoitajaryhmien tarpeet. Omaishoitajan tarpeisiin vaikuttaa hoidettavan hoidon tarpeen lisäksi esimerkiksi hoitajan työmarkkina-asema. Omaishoitajan tarpeet voivat poiketa huomattavastikin sen mukaan, onko hän ansiotyössä omaishoidon ohella, tekeekö hän ansiotyön sijasta omaishoitotyötä tai onko hän eläkkeellä oleva omaishoitaja, joka useimmiten hoitaa iäkästä puolisoaan tai kehitysvammaista aikuista lastaan.

On myös arvioitava, mitä tukitoimia ja palveluja omaishoidon tukeen sisällytetään ja miten niitä painotetaan yksilöllisesti hoitajan ja hoidettavan tarpeiden mukaan. Tuki voi olla taloudellista tukea (esim. hoitopalkkio, kulukorvaus), hoitoa tukevia palveluja (esim. tukipalvelut), muuta hoitoa tukevaa aineellista apua (esim. asunnon erityisvarusteet, hoitoa helpottavat välineet) ja hoitajan jaksamisesta huolehtimista (esim. vapaa, sijaishoito, neuvonta, ohjaus, kuntoutus). Muita pohdintaa vaativia asioita ovat muun muassa omaishoitajan aseman selkeyteen liittyvä kunnan ja hoitajan välisen omaishoitosopimuksen luonne ja omaishoidon tukeen liittyvä asiakasmaksupolitiikka.

Yhtenä vaihtoehtona on säätää erillinen laki omaishoidon tuesta tai omaishoidosta. Tällöin omaishoidon asema palvelujärjestelmässä ja lainsäädännössä vahvistuisi. Muussa lainsäädännössä mahdollisesti ratkaistavia kysymyksiä olisivat omaishoitajan oikeus saada virkavapaata tai työlomaa omaishoidon ajaksi.

Vanhuusmenojen rahoitus

Kansaneläkkeet rahoitetaan pääasiassa työnantajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoilla. Valtio maksaa kansaneläkerahastoon tarvittaessa myös niin sanottua takuusuoritusta rahaston maksukyvyn turvaamiseksi. Lisäksi vuonna 2000 arvonnäköverontuotosta ohjattiin 404 miljoonaa euroa (2,4 miljardia mk) kansaneläkkeiden rahoitukseen.

Työeläkkeet rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeittensä rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien. Vuonna 2000 työntekijöiden vakuutusmaksut muodostivat viidesosan ja työnantajien vakuutusmaksut 71 prosenttia kerätyistä vakuutusmaksuista.

Vanhuspalvelujen suurin rahoituslähde ovat kuntien verotulot. Lisäksi palveluja rahoitetaan valtionosuuksilla, asiakasmaksuilla, Kansaneläkelaitoksen etuuksilla ja Raha-automaattiyhdistyksen avustuksin.

Taulukko 7. Vanhuusmenojen rahoitusosuudet vuonna 2000 (ennakkotieto)

	Menot, Rahoitusosuudet (%)					
	milj. euroa	Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Vanhuuseläkkeet						
- kansaneläke	1 843	45	0	55	2	0
- työeläkkeet	8 073	0	0	71	19	0
Vanhusten laitoshoido ¹⁾	619	19	61	0	0	20
Kotipalvelut ¹⁾	334	20	64	0	0	16

¹⁾sisältää asiakasmaksut

Vanhuspalvelujen rahoitusjärjestelmää on arvosteltu siitä, että se ei tue riittävästi tavoitetta kehittää avohoitopainotteista, yksilöllisiä vaihtoehtoja tarjoavaa palvelujärjestelmää. Järjestelmä on myös mahdollistanut kustannusten siirtämisen yhdeltä rahoittajalta toiselle ilman että se olisi kokonaistaloudellisesti edullista. Rahoitusjärjestelmän ongelmat ovat liittyneet osittain avohoidon ja laitoshoidon väliseen rajanvetoon ja siihen, että näiden hoitomuotojen rahoitus tapahtuu eritavoin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä selvitti avohoidon ja laitoshoidon merkitystä kansaneläkejärjestelmässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työryhmän keskeisimmät ehdotukset olivat kansaneläkkeen maksaminen vähentämättömänä myös laitoshoitoon ja mahdollisuus maksaa eläkkeensaajan hoitotukea myös laitoshoidossa oleville henkilöille. Nykyisin kansaneläke on alennettu pitkäaikaisen laitoshoidon aikana ja eläkkeensaajan hoitotuen maksaminen keskeytetään kolmen kuukauden kuluttua laitoshoidon alusta.

Tällä hetkellä kansaneläkettä on alennettu laitoshoidon takia noin 24 000 eläkkeensaajalta, joista noin 20 000 on vanhuuseläkeläisiä. Keskimääräinen laitoshoidosta ai-

heutuva vähennys oli vuoden 2000 lopussa 155 euroa (920 mk) kuukaudessa, vanhuuseläkeläisillä 145 euroa (860 mk) kuukaudessa. Eläkkeensaajien hoitotuen maksaminen on keskeytetty laitoshoidon takia noin 22 700 henkilöltä. Laitoshoitorajoitusten poistamisen kustannusvaikutus olisi vuoden 2002 tasossa 98,9 miljoonaa euroa (588 milj. mk) ja se ehdotettiin rahoitettavaksi puoliksi kuntien ja puoliksi valtion varoin. Lisäkustannuksista 46,3 miljoonaa euroa (275 milj. mk) olisi kansaneläkemenoja ja 52,6 miljoonaa euroa (313 milj. mk) hoitotukimenoja.

Vanhusten palvelujen kestävä rahoitus tarvitsee tuekseen hyvää työllisyyskehitystä. Vanhuspalvelujen rahoituslinjauksia joudutaan tekemään tulevaisuudessa toimintaympäristössä, johon kuuluu monenlaisia paineita ja haasteita väestön vanhenemisen ja kasvavan palvelujen tarpeen lisäksi. Näitä ovat muun muassa sosiaalisten perusoikeuksien turvaaminen, kansainvälistyminen ja uudet palvelujen rahoitus- ja tuotantotavat kuten esimerkiksi laajenevat yksityiset palvelut ja palvelusetelimallit. Tarvitaan arvioita mahdollisten muutosten kustannus-, ohjaus-, ja kohdentumisvaikutuksista vanhuspolitiikan tavoitteiden toteutumiseen eri väestöryhmien kannalta.

Kirjallisuutta

- Eläketurvakeskus. Työeläkepäivä 1.11.2001. www.etk.fi
- Kuusi, O. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Geronteknologia-arvioinnin loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001. Helsinki 2001.
- NOSOSKO. Social Protection in the Nordic Countries 1999. NOSOSKO 16:2001.
- Polvinen, A. Osa-aikaeläkeläisten työ ja tulot. Kuvaus rekisteriaineistojen valossa. Eläketurvakeskuksen monisteita 2001:35.
- Rajala, T., Lahtinen, Y., Paunio, P. Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Suurten kaupunkien 2. RAVA-tutkimus. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitovaikutustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7. Helsinki.
-
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittänen työryhmän muistio. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:30. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4. Helsinki.
- Takala, M. Ennakkotietoja vuoden 2001 osa-aikaeläketutkimuksesta. Eläketurvakeskuksen monisteita 2001:34.
- Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A., Voutilainen, P. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Stakes. Raportteja 259/2001. Helsinki 2001.
- Walker, A. Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut. Gerontologia 3/2001.

2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva

	1999	2000*	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	1 250	1 280	1 340	1 400
- josta perhe-eläkkeet (milj. euroa)	1 210	1 240	1 300	1 350
% sosiaalimenoista	3,9	3,9	3,9	3,9
% BKT:sta	1,0	1,0	1,0	1,0
Leskeneläkkeen saajat 31.12.	250 300	252 800	265 100	271 600
Lapsen eläkkeen saajat 31.12.	28 250	28 500	28 400	28 300

Perhe-eläkkeen saajat iäkkäitä naisleskiä

Perhe-eläkkeitä ja hautausavustuksia maksetaan vuonna 2001 arviolta 1,3 miljardia ja 1,4 miljardia euroa vuonna 2002. Tämä on lähes 4 prosenttia sosiaalimenojen kokonaissummasta.

Perhe-eläkkeet koostuvat pääosin lesken eläkkeistä. Vuoden 2000 lopussa leskeneläkettä sai 252 800 henkilöä, heistä 10 prosenttia oli miehiä. Miesten määrä on noussut tasaisesti vuodesta 1990 lähtien perhe-eläkeuudistuksen myötä. Leskeneläkkeen saajat ovat pääosin iäkkäitä, leskeneläkettä saavista naisista 80 prosenttia on yli 65-vuotiaita (kuvio 39). Lesken eläkkeiden saajien määrä nousee vuosi vuodelta väestön vanhentuessa.

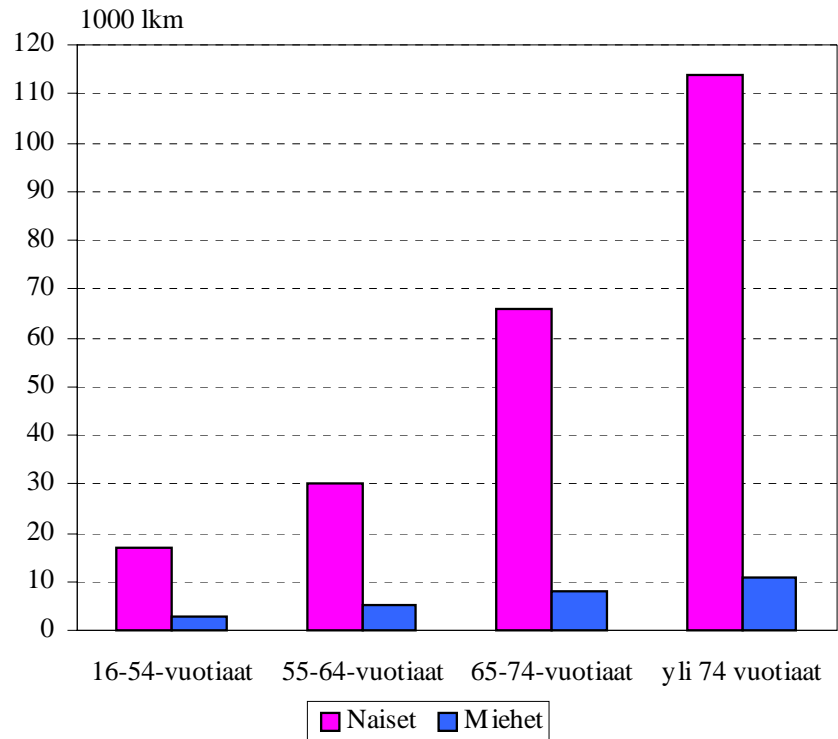
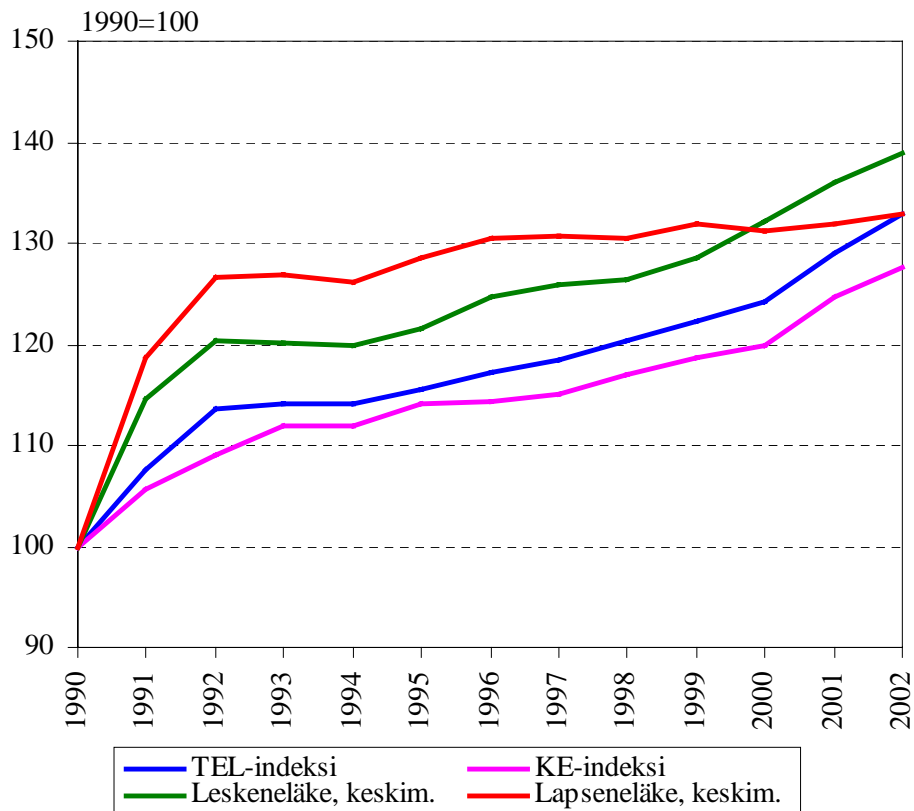
Perhe-eläkkeellä suurempi merkitys naisille

Vuonna 2000 miesleskien keskimääräinen kokonaiseläke oli 1 181,69 euroa (7 026 markkaa) ja naisleskien 995,17 euroa (5 917 markkaa) kuukaudessa. Sen sijaan naisleskien saama perhe-eläke on suurempi kuin miesleskien, koska leskeneläke määräytyy etuuden jättäjän eläkkeen tai eläkeoikeuden mukaan. Lisäksi leskeneläke sovitetaan yhteen etuuden saajan muiden eläkkeiden kanssa. Mitä suurempi lesken muut omat eläkkeet ovat, sitä pienemmäksi jää hänen saamansa leskeneläke.

Keskimääräinen leskeneläke on noussut tasaisesti koko 1990-luvun. Tämä johtuu työeläkkeiden tason kohoamisesta vuosi vuodelta eläkejärjestelmän kypsymisen ja työtulojen kasvun myötä. Työeläkkeenä maksettavia perhe-eläkkeitä korotetaan vuosittain työeläkeindeksillä (TE-indeksi), joka ottaa huomioon hintojen kehityksen lisäksi palkkojen kehityksen. Sen sijaan vain yleistä perhe-eläkettä saavien leskien eläkettä korotetaan vuosittain kansaneläkeindeksillä (KE-indeksi), joka seuraa vain hintojen kehitystä. Vuosina 1993-1997 kansaneläkeindeksi ei noussut juuri lainkaan (kuvio 40).

Lapsi saa perhe-eläkettä, jos hän on edunjättäjän kuollessa alle 18-vuotias. Lapseneläke päättyy lapsen täyttäessä 18 vuotta. Opiskelevalla alle 21-vuotiaalla lapsella on kuitenkin oikeus eläkkeeseen. Vuonna 2000 lapseneläkettä maksettiin lähes 28 500:lle lapselle. Alle 10-vuotiaita lapseneläkkeen saajia oli 4 600, 10-15-vuotiaita oli 10 900, 16-17-vuotiaita 6 200 ja tätä vanhempia 6 800. Lapseneläkkeitä saavien lukumäärä on hieman laskenut lasten määrän pienentyessä. Samalla nuorempien lapsen eläkkeen saajien on entistä vähemmän.

Keskimääräinen lapseneläke oli 286,93 euroa (1 706 markkaa) kuukaudessa vuonna 2000. Lapseneläke on viime vuosina pysytellyt lähes samalla tasolla ja jopa hieman laskenut (kuvio 41). Erityisesti yli 18-vuotiaiden lasten saamat eläkkeet ovat laskeneet.

Kuvio 39. Leskeneläkkeen saajien ikärakenne vuonna 2000**Kuvio 40.** Perhe-eläkkeiden keskimääräisen tason kehitys vuosina 1990-2002

Iäkkäiden yksin asuvien naisten tulot alhaiset

OECD:n selvityksen mukaan Suomen kaikista 75 vuotta täyttäneistä 43 prosenttia kuului 1990-luvun puolivälissä alimpaan tuloviidennekseen. Tämä on samaa tasoa Hollannin ja Iso-Britannian kanssa, mutta selvästi enemmän kuin Ruotsissa ja Saksassa. Sen sijaan Suomen yksin elävistä 75 vuotta täyttäneistä naisista peräti 75 prosenttia kuuluu alimpaan tuloviidennekseen, kun vastaava osuus oli useissa muissa maissa 40 – 50 prosenttia. 75 vuotta täyttäneen naisen taloudellinen tilanne on huomattavasti parempi, mikäli hänen miehensä elää.

OECD:n vertailua heikentää asumiskustannusten jättäminen huomiotta. Suomessa

suhteellisen moni vanhustalous asuu omistamassaan asunnossa tai pientalossa, jolloin asumismenot ovat pienet ja alhaiset tulot riittävät kohtuulliseen toimeentuloon. Iäkkäiden naisten tulot ovat vuosien mitaan nousseet ja nousevat edelleen, kun naisten työssäkäynti on lisääntynyt ja naisten omat työeläkkeet ovat samalla kohonneet.

Rahoitus

Valtio rahoittaa kokonaan yleisen perhe-eläkkeen. Työeläkkeiden perhe-eläkkeet rahoitetaan kuten työeläkkeet eli työnantajien ja työntekijöiden vakuutusmaksuin. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeiden rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien.

Taulukko 8. Leski ja muut omaiset -menojen rahoitusosuudet vuonna 2000

	Menot, milj. eu- roa	Valtio	Rahoitusosuudet (%)		Vakuutetut
			Kunnat	Työnantajat	
Yleinen perhe-eläke	40	100	0	0	0
Työeläkkeet	1 190	7	0	70	23

Kirjallisuutta

- Ageing and Income. Financial resources and retirement in 9 OECD counties. OECD 2001.

2.5. Perheet ja lapset

	1999	2000*	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	3 990	4 010	4 050	4 100
- josta toimeentuloturvaa (milj. euroa)	2 350	2 350	2 350	2 400
% sosiaalimenoista	12,4	12,1	11,7	11,3
% BKT:sta	3,3	3,1	3,0	2,9
Vanhempainpäivärahaa saavat äidit 31.12.	48 960	48 570	48 400	48 400
Lapsia kunnallisessa päivähoidossa 31.12.	215 000	200 400	197 000	194 000
Kotihoidon tukea saavia perheitä 31.12.	73 030	72 550	70 800	69 600
Yksityisen hoidon tukea saavat lapset 31.12.	13 820	14 060	14 000	14 300

* ennakkotieto

** ennuste

Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille

Perhepoliittisen tuen tavoitteena on luoda perheelle kohtuulliset taloudelliset ja toiminnalliset elämisen puitteet, joka mahdollistaa lasten turvallisen kasvun. Vuonna 2002 perhepoliittinen tuki⁶ on noin 4,3 miljardia euroa (25 miljardia markkaa) eli noin 3,1 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Suurin tuki lapsiperheille tulee lapsilisien ja lasten päivähoidon kautta (kuvio 42).

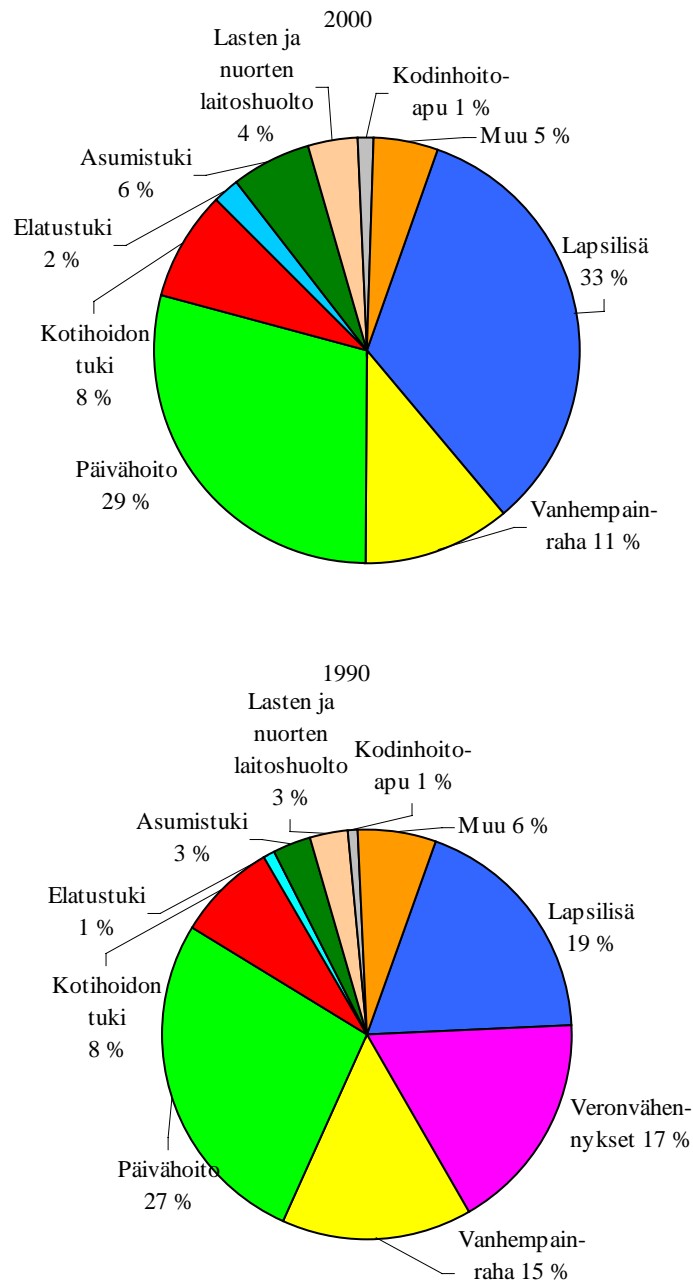
Lapsilisistä aiheutuvat menot olivat 1,38 miljardia euroa (8,2 miljardia markkaa) vuonna 2001. Tämä oli 11 miljoonaa euroa (65 miljoonaa markkaa) vähemmän kuin edellisenä vuonna, koska syntyvä ikäluokka oli pienempi kuin järjestelmän piiristä poistunut ikäluokka. Väestöennusteiden mukaan kehitys jatkuu samansuuntaisena. Lapsilisien suuruuteen ei ole tehty muutoksia vuonna 1995 toteutetun leikkauksen jälkeen. Lapsilisien ostovoima on heikentynyt vuoden 1995 heinäkuusta vuoden 2001 heinäkuuhun noin 11 prosenttia.

Vuodesta 1994 lähtien yksinhuoltajan lapsista on maksettu korotettua lapsilisää. Yk-

sinhuoltajakorotusta saavien määrä on koko ajan kasvanut. Vuoden 2001lopussa yksinhuoltajakorotusta maksettiin 158 140 lapsesta, mikä on lähes 1 000 lasta enemmän kuin edellisenä vuonna. Lapsilisän yksinhuoltajakorotukseen liittyy myös jonkin verran väärinkäytöksiä. Yhteis- tai erillään asumisen luotettava selvittäminen on ongelmallista, koska väestörekisteri ei ole aina ajan tasalla tai luotettava osoitetietojen osalta.

Vanhempainpäivärahoja maksettiin 500 miljoonaa euroa (2 973 miljoonaa markkaa) vuonna 2001, mikä oli 22 miljoonaa euroa enemmän kuin edellisenä vuonna. Vanhempainpäivärahojen perusteena olevien tulojen määrä on noussut, vaikka vanhempainpäivärahaa saavien äitien määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Vähimmäisvanhempainrahaa saavien äitien määrä ei ole palautunut ennen lamaa olleelle alhaiselle tasolle, vaan heidän osuutensa on jäänyt 27 prosenttiin. Vanhempainvapaita käyttävien isien määrä on jatkuvasti lisääntynyt. Vuonna 2000 isyysvapaita käytti 63 prosenttia isistä, mutta vanhempainvapaita vain 2 prosenttia.

⁶ Perhepoliittinen tuki on hieman laajempi käsite kuin pääryhmän perheet ja lapset menot. Mukaan lasketaan lapsiperheille maksettu yleinen asumistuki ja verotuksen elatusvelvollisuusvähennyksestä tuleva tuki

Kuvio 41. Perhepoliittisen tuen jakautuminen vuosina 1990 ja 2000

Vuonna 2000 lasten päivähoidon kokonaismenot olivat noin 18 miljoonaa euroa (105 miljoonaa markkaa) pienemmät kuin edellisenä vuonna. Tämä johtui päivähoitossa olevien lasten määrän vähenemisestä, johon jonkin verran vaikutti myös esiopetusuudistus. Kunnan järjestämän lasten päivähoidon kokonaismenot olivat 1,46 miljardia euroa (8,7 miljardia markkaa), josta 15,6 prosenttia katettiin päivähoitomaksuilla.

Vuonna 2001 lakisääteisen lasten kotihoidon tuen menot ovat noin 305 miljoonaa euroa (1 814 miljoonaa markkaa), mikä oli 10 miljoonaa euroa (61 miljoonaa markkaa) vähemmän kuin edellisenä vuonna. Yksityisen hoidon tuen menot olivat 22 miljoonaa euroa (133 miljoonaa markkaa). Lakisääteisiä tukia kunnat voivat täydentää kuntakohtaisilla lisillä. Vuonna 2000 maksettiin kuntakohtaisia lisiä kotihoidon tukeen 35,6 miljoonaa euroa (212 miljoonaa markkaa) ja yksityisen hoidon tukeen 19,8 miljoonaa euroa (118 miljoonaa markkaa). Maksamalla kuntakohtaisia lisiä kunnat pyrkivät vähentämään kunnan järjestämän päivähoidon kysyntää. Varsinkin suuret kunnat ovat ottaneet kuntakohtaisia lisiä käyttöön.

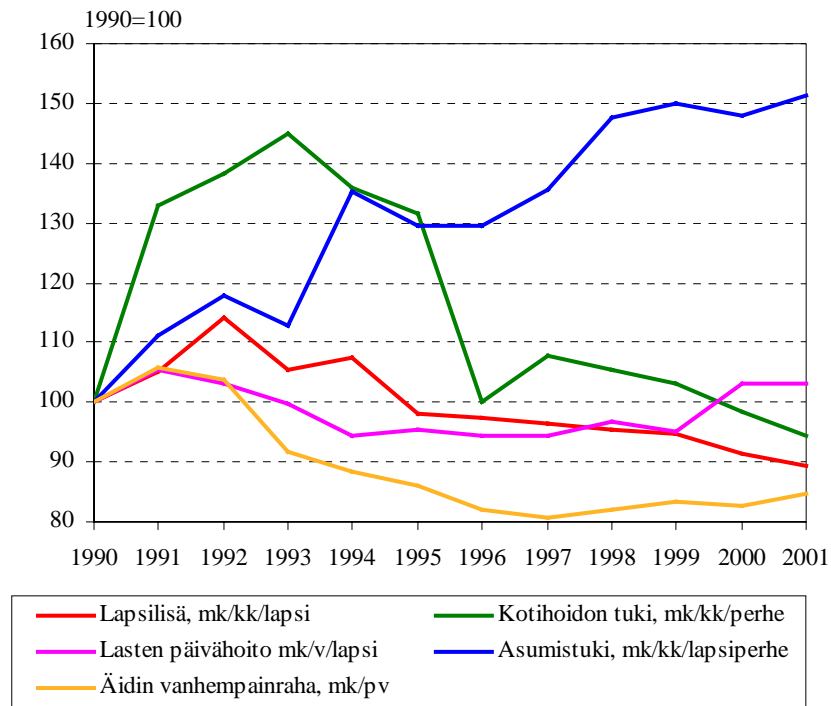
Vuonna 2001 lapsiperheille maksettiin asumistukea 227 miljoonaa euroa (1,4 miljardia markkaa), mikä on 4,4 miljoonaa euroa (26 miljoonaa) vähemmän kuin edellisenä vuonna. Aleneminen johtui asumistukea saavien lapsiperheiden mää-

rän vähenemisestä. Asumistukea saavia lapsiperheitä oli 69 800. Tämä on 5 900 perhettä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Asumistukea saavista lapsiperheistä kaksikolmasosaa oli yksinhuoltajaperheitä. Yksinhuoltajaperheistä sai asumistukea 42 prosenttia ja kahdenhuoltajan perheistä vain 12 prosenttia vuonna 2000.

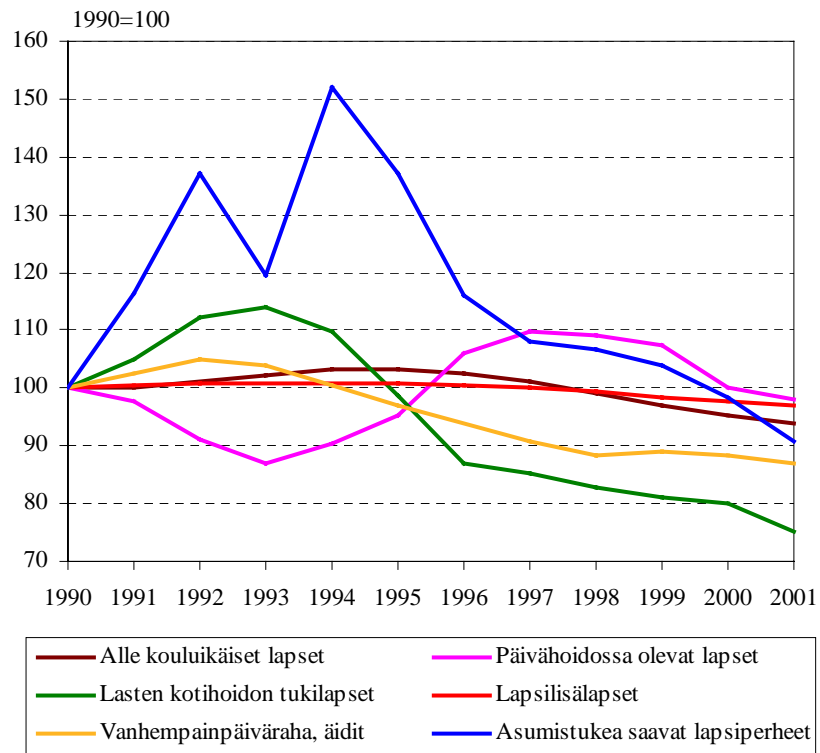
Tuki lapsiperheille vähentynyt

Yhteiskunnan tuki lapsiperheille on nyt hieman pienempi kuin vajaa kymmenen vuotta sitten. Vuoden 1992 jälkeen on toteutettu kaikkien alle kouluikäisten lasten oikeus kunnan järjestämään päivähoitoon, lapsilisien tasoa on sekä nostettu että leikattu, perhepoliittiset verotuet on poistettu sekä kotihoidon tukea että vanhempainpäivärahan vähimmäistasoa alennettu (kuvio 41). Perhepoliittisista tulonsiirroista lapsilisää, kotihoidon tukea eikä vanhempainpäivärahan vähimmäistasoa ole sidottu indeksiin. Vuosina 1995 ja 1996 tehtyjen leikkausten jälkeen näiden etuuksien tasoon ei ole tehty muutoksia. Vuonna 1998 nostettiin asumistuen täysimääräiseen tukeen oikeuttavia tulotasoja. Uudistuksen johdosta myös lapsiperheiden asumistuen taso nousi.

Viime vuosina perhepoliittisten etuuksien saajien määrät ovat vähentyneet (kuvio 42). Mikäli perhepoliittisten tukien tasoon ei tehdä muutoksia, tulevat lapsiperheiden etuuksista aiheutuvat menot pienenemään syntyvien lasten määrän alentuessa.

Kuvio 42. Perhepoliittisten tukien reaalin kehitys vuosina 1990 – 2001

* huomioitu perhepoliittiset verotuet vuosina 1990-1993

Kuvio 43. Perhepoliittisten tukien saajat vuoden lopussa 1990 – 2001

Alle kolmevuotiaat hoidetaan pääasiassa kotona, isommat päivähoidossa

Pienten lasten hoitojärjestelyissä on tapahtunut 1990-luvulla huomattavia muutoksia. Vuodesta 1990 lähtien vanhemmilla on ollut oikeus saada alle kolmevuotiaalle lapselleen joko kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai perhe on voinut valita lasten kotihoidon tuen. Vuodesta 1996 lähtien oikeus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan laajeni koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä lapsia. Pienten lasten hoidon tukijärjestelmiä uudistettiin 1.8.1997 alkaen. Uudistuksen tavoitteena oli selkeyttää ja yksinkertaistaa tukijärjestelmiä sekä yhtenäistää kuntien päivähoitomaksujen määrätymisperusteita.

Vuoden 2000 lopussa alle kouluikäisistä lapsista oli kunnan järjestämässä päivähoidossa 46 prosenttia ja kotihoidon tukea maksettiin 27 prosentista. Yksityisen päivähoidon käyttö on ollut vähäistä. Yksityisen hoidon tukea maksettiin 3 prosentille alle kouluikäisistä lapsista. Vanhempainpäivärahakauden aikana hoidettiin 12 prosenttia lapsista. Tuettujen hoitojärjestelmien ulkopuolelle jäi noin 12 prosenttia lapsista eli noin 51 000 lasta. Nämä lapset ovat joko työttömien kotona hoitamia lapsia tai kotona hoidettuja kolme vuotta täyttäneitä lapsia, joilla ei ole alle kolmevuotiaista lasten kotihoidon tukeen oikeutavaa sisarusta tai esiopetuksessa olevia lapsia, jotka eivät esiopetuksen lisäksi tarvitse päivähoitopaikkaa.

Alle kolmevuotiaista lapsista vain 22 prosenttia oli kunnan järjestämässä päivähoidossa. Valtaosa (73 %) lapsista hoidettiin kotona kotihoidon tuen tai vanhempainrahan avulla. Alle 3-vuotiaista lapsista 3 prosenttia ei ollut minkään pienten lasten hoidon tukijärjestelmän piirissä. Nämä lapset lienevät pääasiassa työttömien lapsia. Kotona oleva vanhempi saattaa valita työttömyysturvan kotihoidon tuen sijaan, jos

työttömyysturvan korvaustaso on korkeampi kuin kotihoidon tuen.

Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat lasten iän mukaan. 3-6-vuotiaista lapsista 62 prosenttia on kunnan järjestämässä päivähoidossa (kuvio 44). Esiopetusuudistus on vähentänyt päivähoidossa olevien 6-vuotiaiden lasten määrää.

Valtaosa kunnista on selviytynyt päivähoitolain velvoitteista hyvin. Suurissa kunnissa on perustettu uusia päiväkoteja ja pienissä kunnissa on lisätty perhepäivähoitoa. Kunnan järjestämässä hoidossa olevista lapsista 66 prosenttia oli päiväkodeissa ja 34 prosenttia perhepäivähoidossa (kuvio 45).

Erityishoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten määrän on arvioitu päivähoidossa lisääntyneen. Tehdyn selvityksen mukaan monissa kunnissa ei ole pystytty järjestämään päivähoidossa oleville lapsille heidän tarvitsemiaan tukitoimia. Varsinkin erityislastentarhanopettajien, puheterapeuttien ja psykologien palveluista on pulaa.

Päivähoidon tarve iltaisin, öisin ja viikonloppuisin on yleistynyt 1990-luvun kuluessa. Vuorohoidon tarvetta on lisännyt mm. kauppojen aukioloaikojen pidentäminen. Kunnan järjestämän ilta-, yö- ja viikonloppuhoidon piirissä oli tammikuussa 2001 noin 7 prosenttia päivähoidossa olevista alle kouluikäisistä lapsista. Tehdyn selvityksen mukaan 32 prosentissa kunnista on vajetta vuorohoidon paikoista.

Valtioneuvosto antoi helmikuussa 2002 periaatepäätöksen varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Niihin on koottu suomalaisen varhaiskasvatusjärjestelmän keskeiset periaatteet sekä kehittämisen painopisteet.

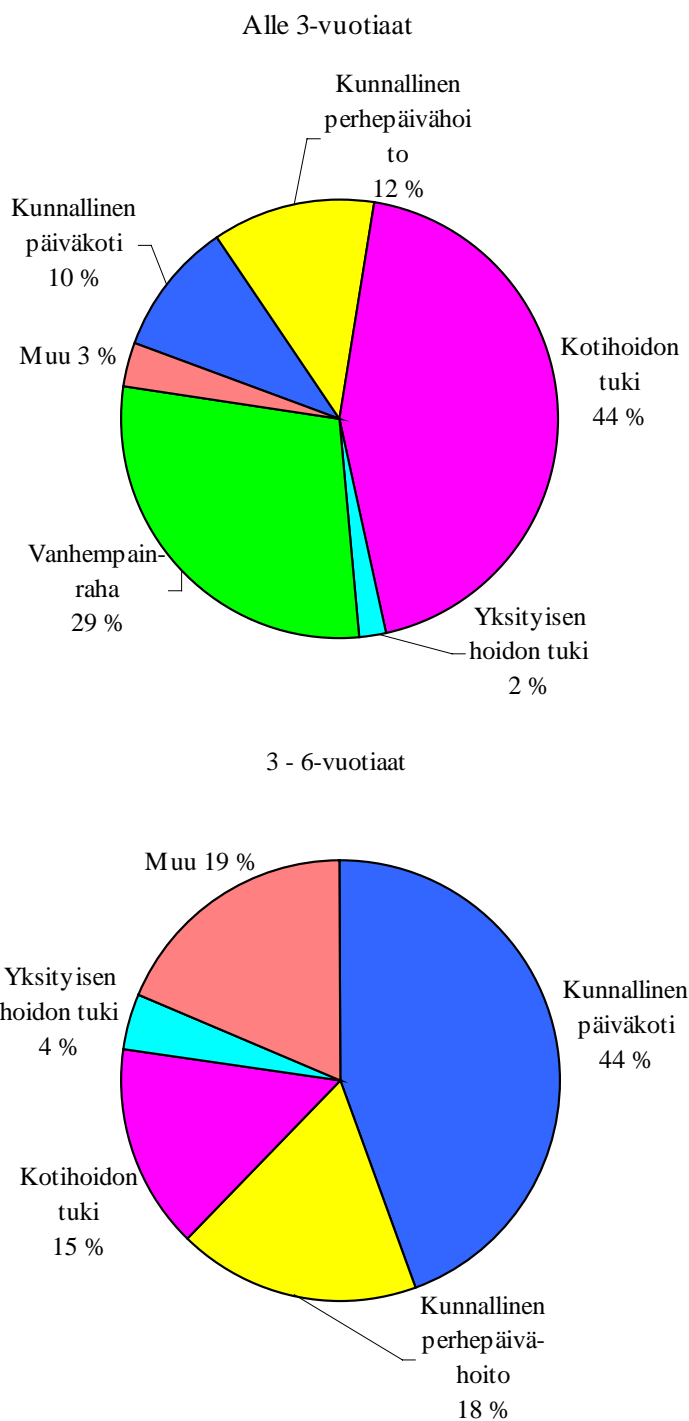
Päivähoidon tarve vähenee

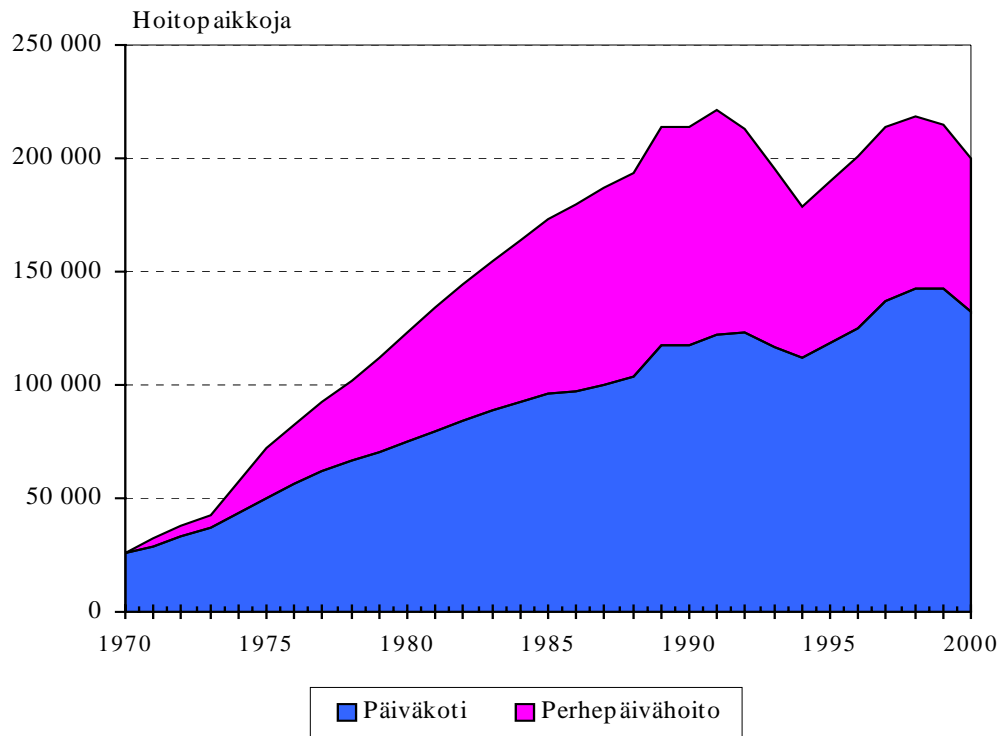
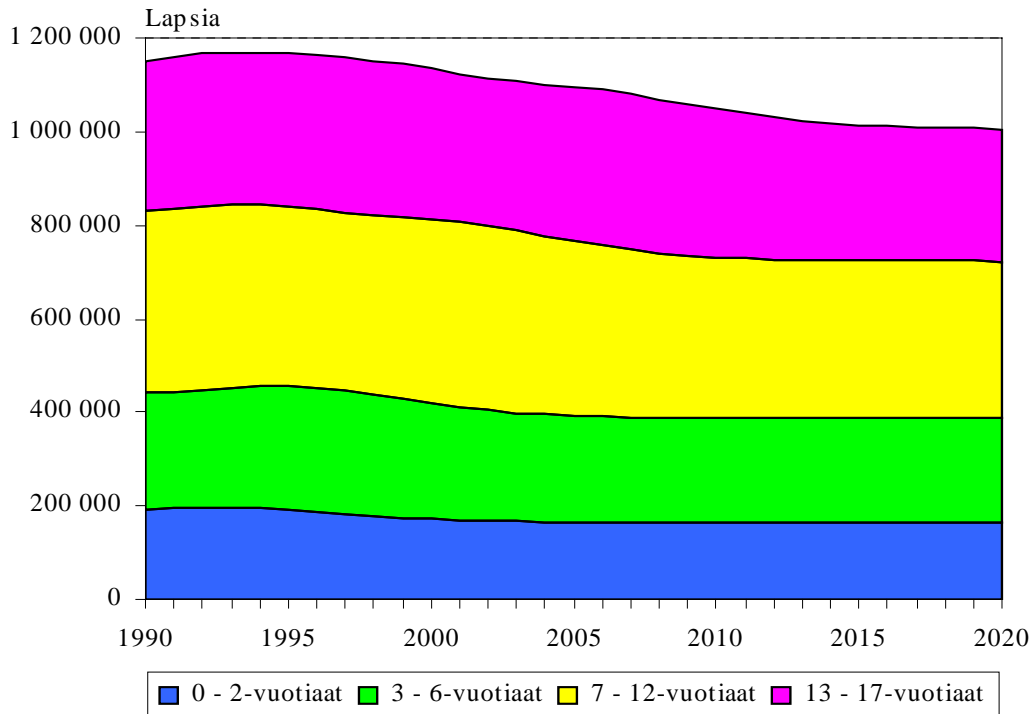
Vuoden 2000 lopussa oli kunnan järjestämässä päivähoidossa oli 200 400 lasta, mi

kä on 15 000 lasta vähemmän kuin edellisenä vuonna. Alle kouluikäisten lasten määrä on vähentynyt alentuneen syntyvyyden sekä esiopetusuudistuksen seuraukse-

na. Sen sijaan yksityisen päivähoidon piirissä olevien lasten määrä on hieman lisääntynyt.

Kuvio 44. Pienten lasten hoitojärjestelyt 31.12.2000



Kuvio 45. Lasten päivähoitopaikkojen kehitys 1970 – 2000**Kuvio 46.** 0 – 17-vuotiaat lapset 1990 – 2020

Päivähoidon tarve vähenee edelleen lähitulevaisuudessa. Seuraavan viiden vuoden aikana alle kouluikäisten lasten lukumäärä pienenee väestöennusteiden mukaan noin 14 000 lapsella. Tämä johtuu syntyvien lasten määrän vähenemisestä (kuvio 46). Vuonna 2001 syntyvien lasten määrä oli noin 9 000 lasta pienempi kuin koulunsa aloittavien ikäluokka.

Koululaisten iltapäivähoitopaikkoja liian vähän

Kunnan järjestämässä koululaisten iltapäivähoidossa oli noin 6 500 koululaista vuoden 2000 lopussa. Lasten päivähoitolaki ei velvoita kuntia järjestämään koululaisten iltapäivähoitoa. Viime vuosina kunnat ovat joutuneet supistamaan koululaisten iltapäivähoitopaikkoja selviytyäkseen alle kouluikäisten lasten päivähoitovelvoitteesta. Pienten koululaisten iltapäivätoimintaa tulisi kehittää yhteistyössä eri hallinnonalojen ja järjestöjen kanssa. Viime vuosina erityisesti seurakunnat ja vapaaehtoisjärjestöt ovat lisänneet pienten koululaisten iltapäivätoimintaa, mutta osassa kuntia tarjonta on edelleen puutteellista.

Vapaaehtoisjärjestöjen iltapäivähoito on perheille usein kalliimpaa kuin kunnan järjestämä iltapäivähoito. Kun kunnan järjestämä iltapäivähoitoa on edelleen niukasti tarjolla ja vapaaehtoisjärjestöjen järjestämä hoito on kallista, on vaarana, että monen pienen koululaisen iltapäivähoito jää järjestämättä asianmukaisesti.

Päivähoidon maksuihin muutoksia

Pienten lasten hoidon tukijärjestelmien uudistuksen yhteydessä 1.8.1997 yhtenäistettiin kuntien päivähoitomaksujen määräytymisperusteet. Päivähoidon maksut määräytyvät perheen koon ja tulojen suuruuden mukaan prosentuaalisesti. Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon maksuja tarkistettiin vuoden 2000

alusta. Tällöin päivähoidon enimmäismaksua nostettiin 1000 markasta 1100 markkaan kuukaudessa. Vuoden 2000 alusta päivähoitomaksu voidaan kerätä 12 kuukaudelta, jos lapsi käyttää päivähoitopalveluita koko vuoden ajan.

Vuoden 2002 alusta päivähoidon maksuja korotettiin kustannustason nousua vastaavasti. Lasten päivähoidon maksujen perusteina olevia tulorajoja korotettiin noin 6 prosentilla maksun määräytymisprosenttien säilyessä nykyisellään. Ylin perittävä maksu kuukaudessa on 200 euroa (1189 markkaa), jolloin nousu oli noin 8 prosenttia. Perheen toisen päivähoidossa olevan lapsen enimmäismaksu on 180 euroa (1 070 mk). Myös alin perittävä maksu nousi hieman (18 € 107 mk). Uudistuksen seurauksena päivähoidon maksut alenivat kaikilla niillä perheillä, jotka eivät olleet maksaneet ylintä päivähoitomaksua. Uudistuksen vaikutuksesta päivähoidon maksukertymä kasvaisi noin 3,9 miljoonaa euroa (23 miljoonaa markkaa).

Vuoden 2000 ennakkotietojen mukaan päivähoidon maksukertymä on noin 229 miljoonaa euroa (1 361 miljoonaa markkaa). Asiaksmaksujen osuus päivähoidon kokonaismenoista oli 15,6 prosenttia eli hieman enemmän kuin edellisenä vuonna.

Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia

Uusi lasten kotihoidon tukijärjestelmä on ollut voimassa yli neljä vuotta. Sekä saajien että lasten määrät ovat viime vuosina hieman alentuneet. Vuoden 2001 lopussa kotihoidon tukea sai ennakkotietojen mukaan 70 800 perhettä, 106 000 lapsesta. Tuen saajilla oli keskimäärin tukeen oikeuttavia lapsia 1,5. Keskimääräinen kotihoidon tuki perhettä kohti oli 347 euroa (2 064 markkaa) kuukaudessa. Kotihoidon tuen hoitorahaa saavista 76 prosentille maksettiin myös hoitolisää.

Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut edelleen

Yksityisen hoidon tuki on kunnan järjestämän päivähoidon vaihtoehto, jos vanhemmat haluavat järjestää lapsensa hoidon yksityisesti. Yksityisen hoidon tukea saavien lasten määrä on jatkuvasti hieman kasvanut. Vuoden 2001 lopussa tukea maksettiin yli 14 000 lapsesta. Suurin osa (76 prosenttia) lapsista oli kolme vuotta täyttäneitä. Puolet yksityisen hoidon tuella hoidetuista lapsista hoidettiin yksityisessä päiväkodissa ja 39 prosenttia oli yksityisessä perhepäivähoidossa. Yksityisen hoidon tuki antaa mahdollisuuden palkata hoitaja kotiin. Hoitajan kotiin palkkaaminen on ollut kuitenkin vähäistä, vain 1 600 lasta hoiti palkattu hoitaja. Keskimääräinen yksityisen hoidon tuki oli 761 markkaa kuukaudessa keskimääräisen hoitomaksun ollessa 2 330 markkaa kuukaudessa lasta kohti. Hoitolisää maksettiin 21 prosentille yksityisen hoidon tukea saavista lapsista.

Vanhempien maksama osuus yksityisestä hoidosta on yleensä suurempi kuin mitä he joutuisivat maksamaan kunnan järjestämässä päivähoidossa. Joissakin kunnissa, varsinkin suurissa kaupungeissa, maksetaan yksityisen hoidon tuen kuntalisää, jonka suuruus vaihtelee huomattavasti. Kansaneläkelaitoksen kautta maksettiin 60 prosentille lapsista yksityisen hoidon tuen kuntalisää.

6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001

Esiopetusuudistus tuli voimaan vaiheittain 1.8.2000 alkaen. Elokuun alusta 2001 kunta on velvollinen järjestämään sen alueella asuville lapsille oppivelvollisuuden alkamista edeltävänä vuonna esiopetusta. Toimintavuonna 2000 – 2001 esiopetuksen järjestäminen oli kunnille vapaaehtoista.

Valtaosa kunnista aloitti esiopetuksen järjestämisen jo vuonna 2000. Tehdyn selvi-

tyksen mukaan noin 89 prosenttia kuusi-vuotiaista osallistui esiopetukseen syksyllä 2000. Lukuvuonna 2001 – 2002 esiopetukseen osallistuu 93 prosenttia esiopetukseen oikeutettujen ikäluokasta.

Esiopetus voidaan järjestää kunnan päätöksen mukaisesti koulussa, lasten päivähoitopaikasta annetussa laissa tarkoitetussa päivähoitopaikassa tai muussa soveltuvassa paikassa. Kunta voi hankkia esiopetuspalvelut myös muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Esiopetus on oppilaille maksutonta. Lukuvuonna 2001 – 2002 esiopetukseen osallistuvista lapsista oli 18 prosenttia kunnan peruskoulujen, 81 prosenttia päivähoidon ja 1 prosentti muiden koulujen esiopetuksessa.

Esiopetusta saavilla oppilailla, lukuun ottamatta pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä olevia, ei ole oikeutta koulumatkasetuun. Kuljetuksen järjestäminen on koettu ongelmaksi varsinkin haja-asutusalueilla. Tämä voi olla ratkaiseva tekijä sille, että lapsi ei osallistu esiopetukseen.

Esiopetusta varten kunnat saavat valtionosuutta oppilaskohtaisesti opetus- ja kulttuuritoimen rahoitusjärjestelmän mukaisesti. Tällöin valtion osuus on suurempi kuin mitä se on lasten päivähoidossa.

Työryhmä ei kannattanut oppivelvollisuuden iän alentamista

Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmaan kuului selvittää edellytykset 9-vuotisen peruskoulun oppivelvollisuusiän alentamiselle vuodesta 2003 alkaen. Oppivelvollisuusiän alentamisen vaikutuksia selvittänyt työryhmä totesi muistiossaan, että yhdeksänvuotisen peruskoulun oppivelvollisuusiän alentaminen kuuteen vuoteen vuodesta 2003 alkaen ei ole mahdollinen. Perusteluinaan työryhmä esitti, että esiopetusuudistuksesta saatuja kokemuksia ei ole vielä voitu riittävästi arvioida. Saatujen

kokemusten ja arviointien pohjalta esiopetusta tulisi edelleen kehittää.

Jos oppivelvollisuusiän alentamiseen kuitenkin myöhemmin päädytään, toteuttamiskelpoisin malli olisi työryhmän näkemyksen mukaan esiopetuksen siirtäminen osaksi oppivelvollisuuskoulua. Tällöin oppivelvollisuus alkaisi kuusivuotiaana, koostuisi yksivuotisesta esiopetuksesta ja yhdeksänvuotisesta perusopetuksesta. Koska nyt jo lähes koko ikäluokka osallistuu esiopetukseen, muutos uuteen käytäntöön ei olisi kovin suuri. Työryhmän näkemyksen mukaan tämä edellyttäisi sitä, että kuusivuotiaiden esiopetus siirrettäisiin kokonaan koulutoimen piiriin. Tämä puolestaan aiheuttaisi uudelleenarviointeja opetushenkilöstön kelpoisuusehtoihin ja lisäisi opettajien jatkokoulutustarvetta.

Työryhmä totesi muistiossaan, että vallalla olevan käsityksen mukaan kuusivuotiailla lapsilla ei ole vielä sellaisia edellytyksiä (koulukypsyyttä), että he selviytyisivät nykyisten opetussuunnitelmien mukaan perusteiden mukaisesta opetuksesta. Oppivelvollisuuden alkamisiän alentaminen yhdellä vuodella merkitsisi myös sitä, että yhdeksän vuoden aikana voisi olla vaikea päästä samoihin tavoitteisiin kuin nykyisin.

Erityisen ongelmallisena nähdään myös se, että peruskoulun päättävät nuoret joutuisivat 14 – 15-vuotiaina tekemään tulevaisuuttaan koskevia ratkaisevia päätöksiä jatko-opiskelupaikoista. Nykyistä varhaisemmalla iällä tehtävä ura- ja ammatinvalinta todennäköisesti lisäisi keskeyttämis- ja ”väärä” valintoja.

Kansainvälistyminen luo yhdenmukaistamispaineita; useimmissa Euroopan maissa oppivelvollisuus alkaa aikaisemmin kuin Suomessa. Työvoiman liikkuvuuden lisääntyessä on myös tarpeena, että maasta tai maahan muuttavien lasten lähtötilanne saatetaan lähemmäksi yleiseurooppalaista

käytäntöä. Työmarkkinoiden kannalta oppivelvollisuusiän alentaminen olisi keino saada nuoret työmarkkinoille vuotta aikaisemmin.

Kokemuksia lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä kasvoi koko 1990-luvun. Vuonna 1991 sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 8 700, mikä oli 0,7 prosenttia ikäluokasta. Vuonna 2000 sijoitettuja oli 12 870 eli 1,1 prosenttia ikäluokasta. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista noin 7 300 oli huostaanotettu, mikä on 500 lasta enemmän kuin edellisenä vuonna. Lisäksi avohuollon piirissä oli samaan aikaan 49 300 lasta ja nuorta, mikä on 5 600 enemmän kuin edellisenä vuonna. Avohuollolla tarkoitetaan niitä tukitoimia, joilla pyritään luomaan ja ylläpitämään lapselle suotuisat kasvuolot tukemalla vanhempia ja perheen mahdollisuuksia selviytyä omatoimisesti.

Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista lähes puolet oli perhehoidossa ja reilu kolmasosa laitoshoidossa ja loput muualle, kuten itsenäisesti tuettuun asumiseen sijoitettuna. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen yleisempiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, jotka usein johtavat lapsen hoidon laiminlyöntiin tai perheväkivaltaan. Nykyään yhä useamman sijoituksen takana ovat myös lapsen omat ongelmat, kuten kouluvaikeudet, rikollisuus tai huumeet.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet muutettiin laskennalliseksi. Tästä on seurannut ongelmia rahoittaa kunnissa satunnaisesti tarvittavia kalliita erityispalveluita, kuten pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia. Ongelma on korostunut asukasluvultaan pienissä kunnissa, joissa yhdenkin lastensuojeluta

pauksen kustannukset saattavat vaikuttaa merkittävästi kunnan talousarvioon.

Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä on ollut voimassa 1.3.1999 alkaen. Järjestelmän tarkoituksena on tasata lastensuojelun suurten kustannusten yksittäiselle kunnalle aiheuttamaa taloudellista rasitetta sekä ohjata voimavaroja siten, että lastensuojeluasiakkaat saavat tarkoituksenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Valtion korvaus on kiinteä määräraha, määrältään puolet tasauksen arvioiduista kustannuksista. Kunnat rahoittavat loppuosan. Valtion talousarvioon vuosittain varattu määräraha on pienentänyt kunnille maksettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta samalla määrällä.

Suurten kustannusten tasausjärjestelmän toimeenpanosta huolehtivat erityishuoltopiirien kuntayhtymät. Kunnilla on oikeus saada tasausjärjestelmästä korvauksena 70 prosenttia kaikista niistä lastensuojelutoimenpiteistä aiheutuneista kustannuksista, jotka on kirjattu lastensuojelulain tarkoittamaan huoltosuunnitelmaan ja jotka perhekohtaisesti ylittävät 150 000 markkaa vuodessa.

Tasausjärjestelmästä kunnille vuonna 2000 maksetut korvaukset olivat 371 miljoonaa markkaa, joista valtion rahoitusosuus oli 165 miljoonaa markkaa (45 prosenttia). Erityishuoltopiirien välillä on ollut suuria eroja sekä kustannusten määrässä että valtion rahoitusosuuden kattavuudessa. Tasausta sai 263 kuntaa vuonna 2000. Kaikki yli 10 000 asukkaan kunnat saivat tasauskorvauksia. Alle 10 000 asukkaan kunnista 47 prosenttia sai korvauksia.

Tasausjärjestelmän myötä kuntien lastensuojelutyössä on tapahtunut myönteistä kehitystä. Huoltosuunnitelmat ovat tarkentuneet, yhteistyö eri toimijoiden välillä on lisääntynyt ja lasten sijoituksia on voitu teh-

dä tarkoituksenmukaisemmin, kun kustannuksiin on saatu korvausta. Myös kuntien välinen alueellinen yhteistyö on lisääntynyt.

Tehdyn selvityksen mukaan viidennes kunnista hyötyi järjestelmästä. Järjestelmä turvaa pienten kuntien mahdollisuuden saada tasausta ennakoiduksiin suuriin lastensuojelun kustannuksiin. Tältä osin järjestelmä on toiminut sille tarkoitettulla tavalla. Suuret kunnat ovat hyötynyt järjestelmästä. Suurissa kunnissa lastensuojelutapauksia suhteessa lasten ja nuorten määrään on enemmän kuin pienissä kunnissa. Korvauksia vakuutusperiaatteisesta järjestelmästä maksetaan sinne, missä kustannuksia syntyy.

Osa kunnista on kokenut järjestelmän epäoikeudenmukaiseksi. Kunnat eivät ole voineet etukäteen ennakoida niille tulevaa rahoitusosuutta, koska se muodostuu erityishuoltopiireissä maksettavien tasauskorvausten perusteella. Kuntien keskinäisen rahoitusjärjestelmän toteutumisessa on ollut alueellisia eroja.

Työryhmä ehdotti lapsilisän tason tarkistamista

Lapsilisätyöryhmä esitti muistiossaan lapsilisäjärjestelmän kehittämistä kaikille lapsille kuuluvana tukijärjestelmänä, jonka tehtävänä on tasata lapsen kulutuksesta perheelle aiheutuvia menoja. Työryhmä arvioi ensisijaisen muutostarpeen olevan 17-vuotiaiden ikäluokan saaminen lapsilisäjärjestelmän piiriin. Työryhmä esitti perustelunaan, että valtaosa 17-vuotiaista asuu vielä vanhempiensa luon ja opiskelee lukiossa tai ammatillisissa oppilaitoksissa. Kulutustutkimusten mukaan lasten kulutus on suurimmillaan juuri täysi-ikäisyyden kynnyksellä. Tällä hetkellä yli puolet 17-vuotiaista ei ole minkään tukijärjestelmän piirissä. Mahdollisen uudistuksen toteutuksessa 17-vuotiaille ei enää maksettaisi opintorahaa.

Toiseksi tärkeimmäksi tavoitteeksi työryhmä esitti lapsilisän tason jälkeenhäneisyden korjaamista valtion talouden mahdollisuuksien mukaan. Lapsilisiä on korotettu viimeksi vuonna 1991. Perhetukiuudistuksen yhteydessä lapsilisien tasoa nostettiin, mutta saman aikaisesti lähes kaikki perhepoliittiset verotuet poistettiin. Tosi-asiassa lasten elatukseen kohdistuva tuki aleni vuosina 1992 – 1994. Heinäkuun alussa 1995 leikattiin lapsilisää noin 750 miljoonaa markkaa vuositasona. Lapsilisiä on valtion talousarvion suurin menoerä 1358,1 miljoonaa euroa vuonna 2002, joten pienikin korotus lapsilisään on suhteellisen suuri menoerä. Lapsilisän tason nostaminen heinäkuun 1995 tasolle lisäisi menoja noin 149 miljoonaa euroa vuositasona.

Työryhmä piti perusteltuna nykyisen käytännön jatkamista siten, että lapsilisää maksetaan edelleen korotettuna monilapsisille perheille. Työryhmän mielestä yksinhuoltajien korotetun tuen siirtämistä pois lapsilisäjärjestelmästä tulisi selvittää erikseen.

Työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen parane

Työ ja perhe-elämän yhteensovittamista selvittänyt työryhmä esitti useita parannuksia lakisääteisiin perhevapaisiin sekä perheiden valintamahdollisuuksien joustavoittamista. Paavo Lipposen II hallituksen hallitusohjelman mukaan tuli selvittää mahdollisuuksia luoda järjestelmä, joka takaa isälle oikeuden omaan kuukauden kestäväan vanhempainlomaan sekä mahdollisuuden pitää äitiys- ja vanhempainloma myös osa-aikaisena.

Työryhmän ehdotuksiin sisältyy, että isän nykyisin käytettävissä olevaa 18 arkipäivän pituista isyysvapaata pidennetään seitsemällä arkipäivällä. Isyysvapaa olisi siten 25 arkipäivää. Isyysvapaan isä voisi pitää nykyiseen tapaan eli yhtä aikaa äidin kanssa joko äitiys- tai vanhempainrahakaudella.

Isällä olisi mahdollisuus halutessaan pitää koko isyysvapaajakso tai osa siitä välittömästi vanhempainrahakauden jälkeen. Käytettävissä olevan isyysvapaajakson isä voisi jaksottaa haluamallaan tavalla enintään viiteen eri osaan. Isyysvapaata ei voisi pitää osa-aikaisena. Työryhmän ehdotus joustavoittaisi perhevapaiden käyttömahdollisuuksia. Ehdotus on myös hallinnollisesti yksinkertainen toteuttaa. Työryhmän arvion mukaan isyysvapaan pidentäminen lisäisi kokonaiskustannuksia noin 33 miljoonaa markkaa.

Vanhempainvapaan voisi tulevaisuudessa pitää osa-aikaisena niin, että molemmat vanhemmat olisivat yhtä aikaa osa-aikatyössä. Sopimus edellyttää, että lapsen vanhemmilla on yhteinen näkemys lapsen hoitovastuun jakamisesta osa-aikaisesti ja osa-aikaisuuden on kestävä vähintään kaksi kuukautta. Molempien vanhempien on vähennettävä työpanostaan 40 - 60 prosenttiin kokoaikaisesta työstä ja vastaavasti osa-aikatyössä olevien ansioiden tulee alentua 40 – 60 prosenttia. Osa-aikajärjestely ei kuitenkaan koskisi yksinhuoltajia.

Työryhmä piti nykyistä työnantajien maksamien lomakustannuskorvausten korvausmenettelyä liian monimutkaisena ja työläänä. Työryhmän mukaan vanhempainpäiväraha-ajalta suoritettavien vuosilomakustannuskorvausten hakemusmenettelyä tulee yksinkertaistaa. Korvausta haettaisiin yhdellä hakemuksella heti vanhempainpäivärahakauden jälkeen kuuden kuukauden kuluessa.

Työryhmän näkemyksen mukaan adoptioisät tulisi saattaa perhevapaiden osalta yhdenvertaiseen asemaan biologisten isien kanssa. Monikkoperheiden käytössä olevaa ns. pidennysjaksoa muutettaisiin joustavammaksi niin, että isä voisi käyttää pidennysjakson rahakauden aikana. Kohdunvuokraustilanteessa vanhemmat saisivat perhevapaisiin vastaavat oikeudet kuin

muillakin vanhemmilla. Lisäksi työryhmä esitti perheen mahdollisuutta siirtää äitiysraha isän –käytettäväksi äidin sairastuessa pitkäaikaisesti.

Uudistusten tarkoituksena on tarjota erityisesti pienten lasten isille paremmat mahdollisuudet omien lastensa hoitamiseen. Perheiden kannalta lakisääteisten perhevapaiden käytön esteenä ovat asenteiden lisäksi taloudelliset syyt, työelämän haastavuus sekä työpaikoilla lisääntynyt kustannustietoisuus. Työryhmä korostikin, että työelämän pelisääntöjä voidaan kehittää myönteiseen suuntaan vain yhdessä ja siten, että eri osapuolilla on yhteinen näkemys asetettavista tavoitteista ja toimintatavoista.

Voidaanko perhepolitiikalla vaikuttaa syntyvyyteen

Vuonna 2001 syntyi noin 56 000 lasta, mikä on noin 9000 lasta vähemmän kuin kymmenen vuotta sitten (kuvio 47). Alhaiset syntyneiden määrät selittyvät pääosin siitä, että synnytysikään ovat tulleet pienet 1970-luvun ikäluokat. Syntyvien lasten määrä on vähentynyt varsinkin Kainuussa ja Lapissa. Näiden alueiden lasten määrän vähenemiseen osa syynä on asutuskeskukseen kohdistunut muuttoliike. Varsinkin perheen perustamisiässä olevat nuoret muuttavat työn perässä.

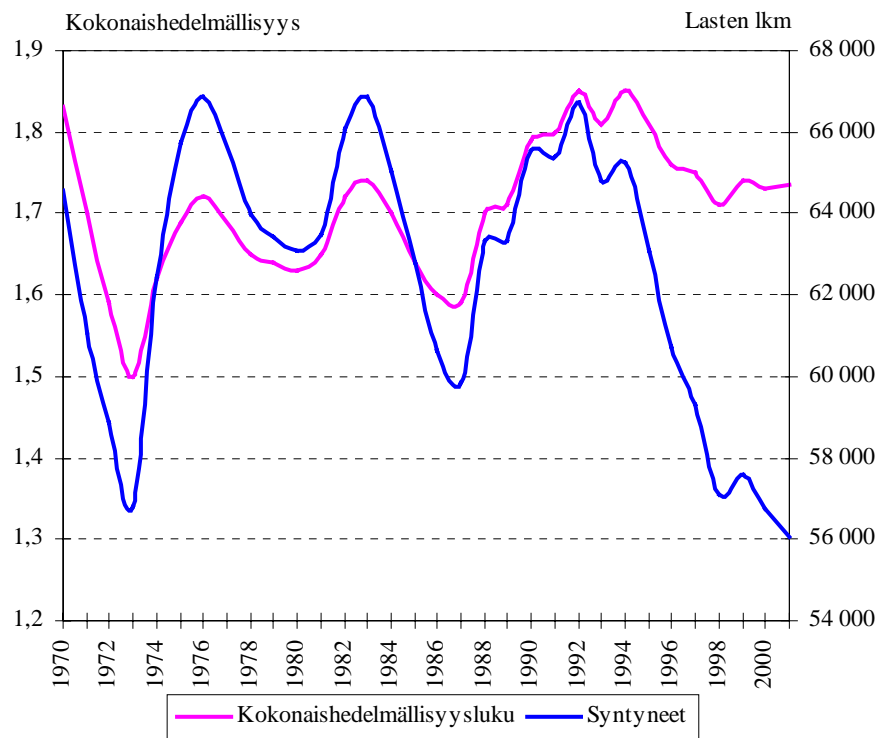
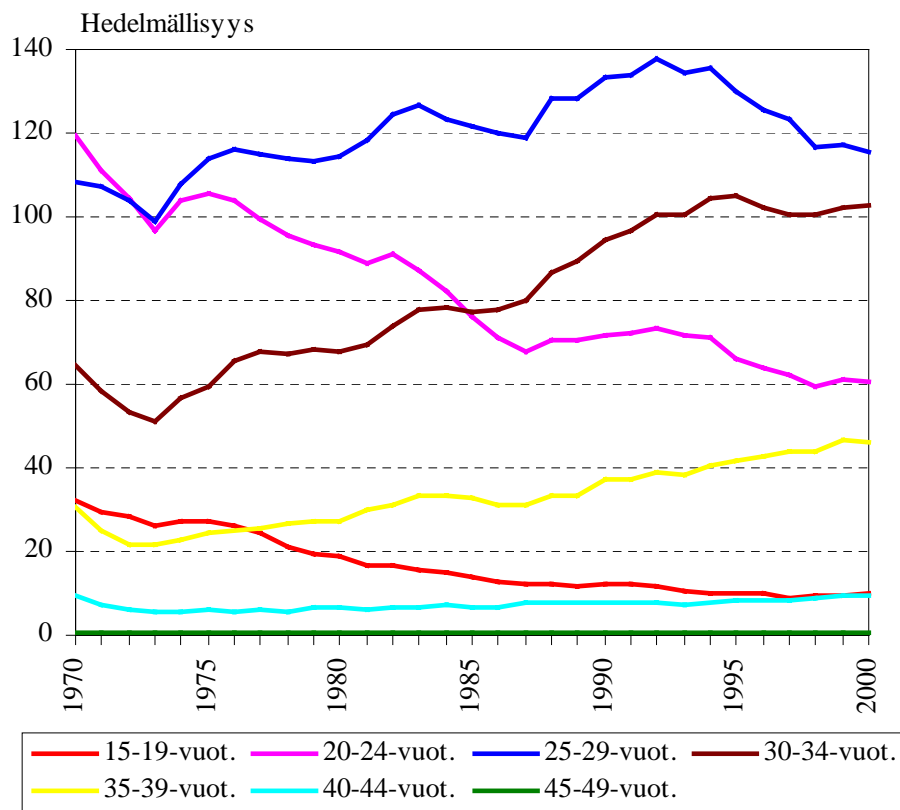
Hedelmällisyyslukumme on kuitenkin ollut viime vuosina eurooppalaisittain tarkasteltuna varsin korkea. Vuonna 2001 se oli 1.74. EU-maista vain Irlannissa, Ranskassa ja Luxemburgissa se oli selvästi korkeampi (kuvio 50). EU-maiden keskiarvo oli 1,53. Silmiinpistävää on Etelä-Euroopan maiden alhaiset syntyvyysluvut. Ruotsin hedelmäl-

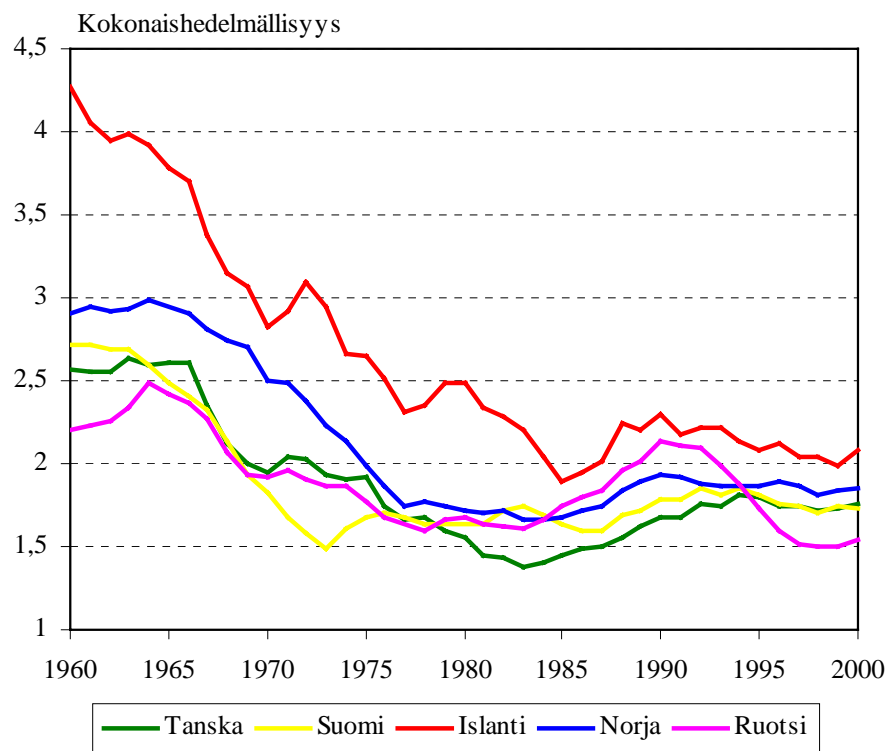
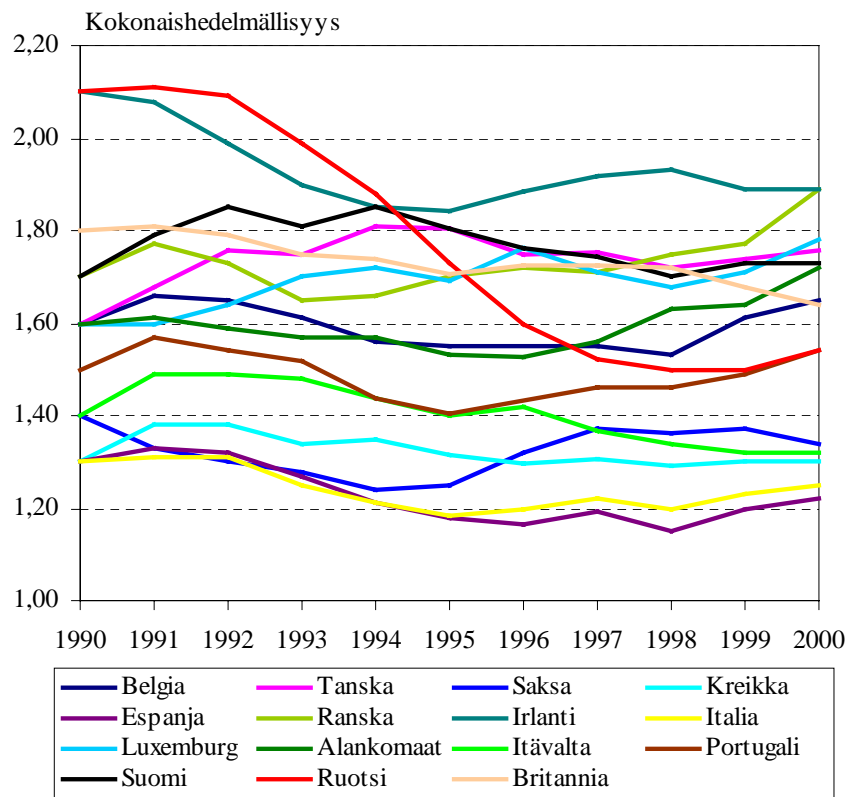
lisyysluku laski 1990-luvun loppupuolella nopeasti (kuvio 49). Vuoden 2000 lopussa se oli 1.54. Ruotsissa syntyvyyden laskuun on arveltu vaikuttaneen taloudellisen laman. Näin ei käynyt kuitenkaan Suomessa, vaikka lama koetteli.

Ikäryhmittäisissä hedelmällisyysluvuissa on tapahtunut muutoksia viime vuosina. Alle 25-vuotiden hedelmällisyys on laskenut ja yli 30-vuotiaiden puolestaan kohonnut. Aivan viime vuosina 25 – 29-vuotiaiden hedelmällisyysluku on kääntynyt laskuun (kuvio 48).

Viime vuosien suhteellisen tasaiset hedelmällisyysluvut johtuvat verrattain suuresta perheen toisten ja kolmansien lasten hankinnasta, mutta sen sijaan ensimmäisten lasten hankkiminen on siirtynyt edelleen myöhempään ajankohtaan. Ensissynnyttäjien keski-ikä on noussut viime vuosina. Vuonna 2000 se oli 27,6 vuotta. Näyttää siltä, että perhepoliittinen tuki on turvannut mahdollisuudet lasten hankintaan perheissä, joissa jo ennestään on lapsia. Sen sijaan ensimmäisen lapsen hankinta on mahdollisesti nuorten taloudellisen epävarmuuden lisääntymisen takia vähentynyt. Tilastotiedot osoittavat, että monilapsisten perheiden määrä on ollut kasvussa. Tällä hetkellä perheitä, joissa on vähintään 3 lasta on 19 prosenttia lapsiperheistä.

Suomessa on varsinkin 1980-luvulla panostettu perhepolitiikkaan. Suomi on ollut edelläkävijä monessa perhepolitiikan uudistuksessa, vaikka laman seurauksena on jouduttu 1990-luvun puolivälissä leikkaamaan monia perhepoliittisia etuuksia. Tällä hetkellä kuitenkin lapsiperheille suunnattu tuki on eurooppalaista keskitasoa.

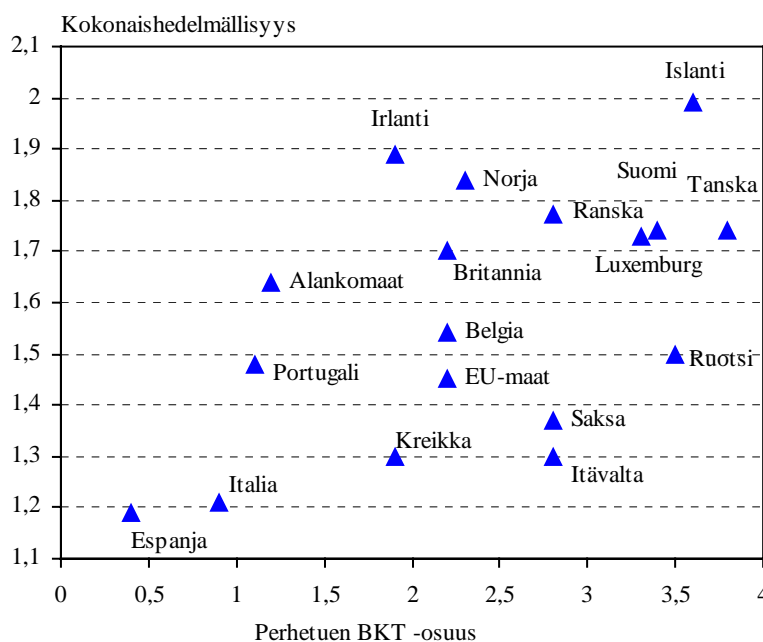
Kuvio 47. Syntyneiden lasten määrä ja kokonaishedelmällisyys 1970 – 2001**Kuvio 48.** Ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut vuosina 1970 - 2000

Kuvio 49. Kokonaishedelmällisyys Pohjoismaissa vuosina 1960-2000**Kuvio 50.** Kokonaishedelmällisyys EU-maissa vuosina 1990-2000

Kun tarkastellaan perhepolitiikan vaikutusta syntyvyyteen, näyttää siltä, että perhepolitiikan toimenpiteet ovat lisänneet syntyvyyttä jonkin verran, mutta ei ole nostanut sitä nettouusiutumisen tasolle. Näitä toimenpiteitä ovat olleet äitiysraha-kauden pidentäminen 72 arkipäivästä 174 arkipäivään vuonna 1974 ja vanhempainpäivärahojen huomattava tasokorotus

vuonna 1982. Alle 3-vuotiaiden lasten oikeus kunnan järjestämään päivähoitoon, lasten kotihoidon tuki ja hoitovapaa järjestelmä tulivat voimaan kokonaisuudessaan 1990 ja myös lapsilisään oli tehty tasokorotuksia. Edellä mainitut toimenpiteet ovat vaikuttaneet välittömästi syntyvyyden kasvuun, mutta vaikutukset ovat jääneet lyhytaikaisiksi.

Kuvio 51. Perhetuen suhde bruttokansantuotteeseen ja kokonaishedelmällisyysluku EU-maissa ja Pohjoismaissa 1999



Perhepoliittisella tuella voidaan arvioiden mukaan vaikuttaa lasten syntymisen ajoitukseen, mutta ei ratkaisevasti siihen, kuinka monta lasta perheeseen hankitaan. Vaikka tuet eivät ole nostaneet syntyvyyttä riittävästi, ne ovat kuitenkin estäneet sitä painumasta vieläkin alemmalle tasolle.

Muissa Euroopan maissa Pohjoismaita lukuun ottamatta on perhetukeen panostettu selvästi Suomea vähemmän. Perhetuen määrän ja syntyvyyden välillä näyttää vallitsevan positiivinen yhteys (kuvio 51). Pohjoismaissa, joissa perhetuen taso on korkea, myös syntyvyys on ollut korkeampi kuin muissa Länsi-Euroopan maissa. Poikkeus tästä on kuitenkin Irlanti, jonka syn-

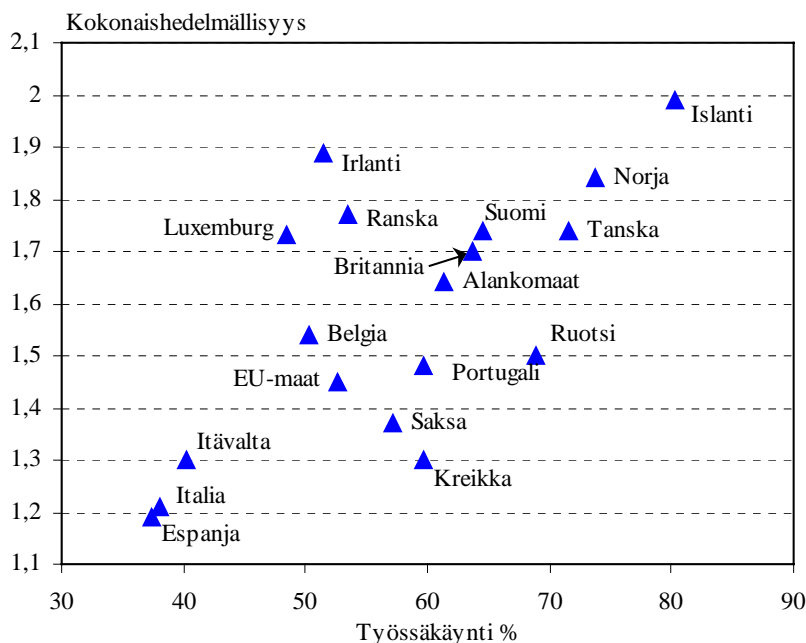
tyvyys on korkea, mutta tuki lapsiperheille vähäistä. Pohjoismaiden esimerkki viittaa siihen, että kehittämällä perhepolitiikkaa voidaan jonkin verran vaikuttaa syntyvyyteen.

Naisten työelämään osallistumisen sekä koulutus- ja palkkatason kohoamisen on arveltu alentavan syntyvyyttä. Kuitenkin Pohjoismaissa, joissa naisten ammatissa toimivuus on muita Euroopan maita korkeampi, myös syntyvyys on korkealla tasolla. Italiassa ja Espanjassa, joissa naisten työsäkäynti on ollut vähäistä myös syntyvyys on ollut alhaisella tasolla (kuvio 52). Näyttää todennäköiseltä, että naisten työsäkäynnin yleistymisen ei välttämättä vai-

kuta syntyvyyden laskuun. Onko juuri pitkät perhevapaat ja päivähoitojärjestelmä tehnyt Pohjoismaiden naisille mahdolliseksi työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen.

Todennäköisesti ilman toimivaa päivähoitojärjestelmää tämä ei olisi ollut mahdollista.

Kuvio 52. Kokonaishedelmällisyysluku ja naisten työssäkäyntiaste EU-maissa ja Pohjoismaissa 1999



Suomessa on havaittavissa merkkejä ”sinkkukulttuurin” syntyisestä. Siihen kuuluu tietoinen valinta olla hankkimatta lapsia. Tulevaisuudessa synnyttämisestä saattaa vastata yhä pienempi osa naisista. Viimeisimpien tilastojen mukaan noin 15 prosenttia keski-ikäisistä naisista on lapsettomia. Alustavien arvioiden mukaan lapsettomien naisten määrä saattaa tulevaisuudessa nousta 20 prosenttiin. 35-vuotiaasta naisista oli vuonna 2000 kokonaan lapsettomia 25 prosenttia kun luku vuonna 1986 oli 18 prosenttia. Lapsettomuus on yleisintä korkeasti koulutetuilla naisilla.

Ruotsissa tehdyn selvityksen mukaan yhteiskunnan suvaitsevaisuus lapsettomia pariskuntia kohtaan on lisääntynyt. Myös tämän on oletettu vaikuttavan syntyvyyttä alentavasti. Päätös hankkia lapsia saattaa lykkääntyä. Ammattiin valmistuminen, työpaikan saanti ja työssä menestyminen

ovat naisille tärkeitä asioita, jotka saattavat siirtää lasten hankintaa myöhäisempään ajankohtaan.

Perherakenteet muuttuvat – tarvitaanko lainsäädännöllisiä muutoksia

Viime vuosina lapsiperheiden määrä on pienentynyt. Vuoden 2000 lopussa oli 612 600 lapsiperhettä. Samalla perherakenteissa on tapahtunut muutoksia. Avopariperheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Niiden osuus on noin 16 prosenttia lapsiperheistä. Avioerojen yleistyessä myös yksinhuoltajaperheiden määrä on ollut jatkuvasti kasvussa. Vuoden 2000 lopussa yksinhuoltajaperheitä oli 19 prosenttia lapsiperheistä. Myös uusperheiden määrä on viime vuosina jonkin verran lisääntynyt. Vuoden 2000 lopussa uusperheitä oli noin 47 000 eli vajaat 8 prosenttia lapsiperheistä. Uusperheissä elää yhteensä noin 97 000 lasta.

Perherakenteiden muuttuessa on noussut esille kysymys, kuinka läheissuhteet tulisi ottaa huomioon toimeentuloturvaetuuksia ja palvelumaksuja määrittäessä. Syyskuussa 2000 julkaistiin uusperheiden elämää selvittänyt tutkimus, jonka tavoitteena oli selvittää, miten lainsäädännössä tulisi suhtautua uusperheisiin. Tavoitteena oli erityisesti selvittää, miten sosiaalioikeudessa sovellettu ns. jääkaappiteoria vastaa uusperheissä tosiasiallisesti vallitsevaa tilannetta ja miten oikeudenmukaisena se koetaan.

Perhelainsäädännön mukaan lapsen elatuksesta vastaavat pelkästään lapsen vanhemmat. Isä- tai äitipuoli ei ole velvollinen osallistumaan lapsen elatukseen. Sosiaalilainsäädännössä palvelumaksujen suuruus ja sosiaaliavustusten tarve ja taso arvioidaan sitä vastoin sen kotitalouden tilanteen mukaan, jossa saaja tosiasiallisesti elää.

Uusperheessä maksut ja edut määrätään miehen ja vaimon yhteenlaskettujen tulojen perusteella. Esimerkiksi uusperheessä elävän ja päivähoidossa olevan vaimon lapsen päivähoitomaksua määrittäessä otetaan huomioon sekä äidin että myös hänen kanssaan elävän miehen tulot. Mies ei ole kuitenkaan ole velvollinen osallistumaan maksujen suorittamiseen, koska hän ei ole lapsen isä eikä siis velvollinen elättämään lasta.

Perhepoliittisten menojen rahoitus

Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahat rahoitetaan sairausvakuutuksesta pääosin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävin maksuin. Valtion sairausvakuutuksen maksusuuteen on tehty viime vuosina muutoksia. Vuodesta 1998 lähtien valtio on maksanut ns. takuusuoritusta sairausvakuutusrahaston maksukyvyn turvaamiseksi ja vuodesta 1999 lähtien osa arvonlisäverotuotosta on ohjattu sairausvakuutuksen rahoitukseen. Lisäksi vuodesta 1999 lähtien valtio on rahoittanut äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahojen vähimmäispäivärahakustannukset. Lapsilisät valtio rahoittaa kokonaan.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoihin kunnat saavat valtionosuutta. Vuonna 2000 se kattoi noin neljänneksen lakisääteisten toimien menoista. Useat kunnat maksavat kotihoidon tuen sekä yksityisen hoidon tuen kunnallista lisää, johon ne eivät saa valtionosuutta. Niinpä kunnan rahoitusosuus näiden menojen kokonaisrahoituksessa on korkeampi kuin muissa kuntien sosiaalitoimen menoissa. Päivähoidossa kerättävillä hoitomaksuilla ketaan 16 prosenttia päivähoidon menoista. Osuus on viime vuosia pysytellyt samalla tasolla.

Taulukko 9. Lapsiperhemenojen rahoitusosuudet vuonna 2000

	Menot milj. euroa	Rahoitusosuudet (%)				
		Val- tio	Kunnat	Työn- antajat	Vakuu- tetut	Asiak- kaat
Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahat	479	17	0	38	45	0
Kotihoidontuki ¹⁾	357	21	79	0	0	0
Lapsilisät	1387	100	0	0	0	0
Lasten päivähoito ²⁾	1458	20	64	0	0	16
Yksityishoidon tuki ¹⁾	41	12	88	0	0	0
Lasten ja nuorten laitoshoido ²⁾	160	23	74	0	0	3

¹⁾ sisältää kuntien omat tuet

²⁾ sisältää asiakasmaksut

Kirjallisuutta

- Bardy M., Salmi M. ja Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Soiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 263. Helsinki 2001.
- Early Childhood Education and Care Policy in Finland. Background report prepared for the OECD Thematic Review of Early Childhood Education and Care Policy. May 2000. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2000:21. Helsinki 2001.
- Kurjenoja J. Kuka menetti eniten? Suomalainen perhetuki 1991 – 2001. Veronmaksajat. Verotietoa 27. Helsinki 2001.
- Kurjenoja J. Perhetuen kansainvälinen vertailu. Veronmaksajat. Verotietoa 28. Helsinki 2001.
- Lasten- ja nuorten psykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2001:11. Helsinki 2001.
- Lapsilisätyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2000:26. Helsinki 2001.
- Oppivelvollisuusiän alentamisen vaikutuksista. Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmien muistioita 20:2001. Helsinki 2001.
- Paaajanen P. Lapsen vapaa-aika huoltajan silmin. Perhebarometri 2001. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos E12/ 2001. Helsinki 2001.
- Pihlaja P. ja Kontu E. Työkaluja päivähoidon erityiskasvatukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:14. Helsinki 2001.
- Päivähoidon tilannekatsaus – tammi-kuu 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Käsikirjoitus.
- Selvitys lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä 1999 – 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2002. Helsinki 2002.
- Starting Strong: Early Childhood Education and Care. OECD. Paris 2001.
- Työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:28. Helsinki 2001.
- Ur Fattigdomsfällean. Slutbetänkande av Familjeutredningen. Statens offentliga utredningar SOU 2001:24. Stockholm 2001.

2.6. Työttömyys

	1999	2000	2001**	2002**
Pääryhmän menot (milj. euroa)	3 520	3 350	3 280	3 780
- josta toimeentuloturvaa (milj. euroa)	3 190	3 040	2 990	3 490
Osuus sosiaalimenoista, %	10,9	10,1	9,5	10,4
Osuus BKT:stä, %	2,9	2,5	2,4	2,7
Työttömyysaste, %	10,2	9,8	9,2	9,8
- Naiset	10,7	10,6	9,8	10,3
- Miehet	9,8	9,1	8,7	9,3
Ansiopäivärahan saajat 31.12.	156 840	136 200	125 000	129 000
Peruspäivärahan saajat 31.12.	17 510	16 530	17 500	18 000
Työmarkkinatuen saajat 31.12.	172 520	155 750	156 000	160 000
Työvoimakoulutuksessa 31.12.	36 320	27 720	24 900	26 000
Työttömyyseläkkeen saajat 31.12.	52 240	54 290	59 450	61 700

** ennuste

Työttömyysmenot kasvavat vuonna 2002

Taloukasvun hidastuminen heikentää työllisyyttä vuonna 2002. Sosiaalimenoihin sisältyvien työttömyysmenojen arvioidaan olevan vuonna 2002 3 780 miljoonaa euroa, mikä on selvästi enemmän kuin vuonna 2001. Työvoiman tarjonta kasvaa vielä hieman, mutta työpaikkojen määrä jää tämänvuotista pienemmäksi. Keskimääräisen työttömyysasteen ennakoitaan nousevan 9,8 prosenttiin vuonna 2002.

Työttömyyspäivärahoihin korotuksia

Työttömyyspäivärahan tasoa korotettiin alkuvuodesta 2002. Peruspäiväraha nousi vuoden 2002 alun indeksikorotuksessa 21,91 euroon ja maaliskuun alun tasokorotuksessa 22,75 euroon päivältä. Vastaa- vat korotukset tehtiin myös työmarkkinatukeen. Lisäksi työmarkkinatuen lapsikorotukset nostettiin vuoden alusta muiden lapsikorotusten tasolle. Lapsikorotus yhdestä lapsesta on 4,31 euroa, kahdesta lap-

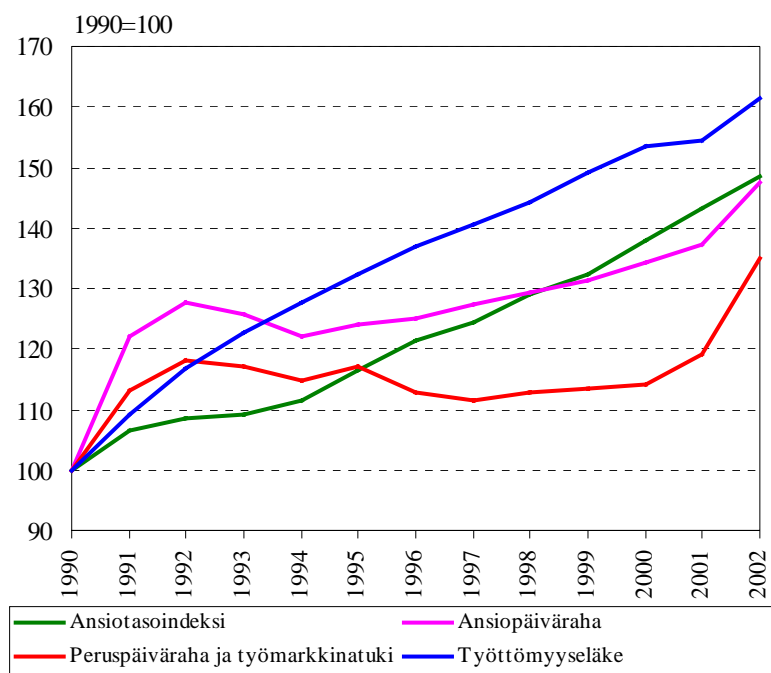
sesta 6,33 euroa ja vähintään kolmesta lapsesta 8,16 euroa päivässä.

Työttömyysvakuutukseen tehtiin tulopoliittisen sopimuksen mukainen korotus maaliskuussa 2002. Ansiosidonnaisen työttömyyspäivärahan ansio-osa nostettiin 42 prosentista 45 prosenttiin päivapalkan ja perusosan erotuksesta.

Korotukset nostivat myös muita etuuksia. Näitä ovat työvoimapoliittisesta aikuis- koulutuksesta annetun lain mukainen koulutustuki, työttömien omaehtoisen opiskelun tukemisesta annetun lain mukainen koulutuspäiväraha sekä vuorotteluvapaakokeilusta annetun lain mukainen vuorottelukorvaus.

Eroraha liitetään osaksi työttömyysturvaa siten, että ansiopäivärahaa korotetaan 130 päivän ajaksi erorahalisällä henkilölle, joka on irtisanottu taloudellisista tai tuotannollisista syistä ja jolla on rekisteröityä työhistoriaa vähintään 20 vuotta. Korotuksen suuruus on keskimäärin runsaat 5 euroa päivältä.

Kuvio 53. Keskimääräisten työttömyysetuuksien kehitys vuosina 1990-2002 Käyvin hinnoin



Työvoimatoimistoissa oli vuoden 2001 lopussa 316 900 työtöntä työnhakijaa, mikä oli 3 500 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Työttömistä työnhakijoista oli miehiä 166 800 ja naisia 150 100. Yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli 80 300, mikä oli 6 500 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin.

Vuoden 2001 lopussa ansiopäivärahan saajia oli noin 125 000. Peruspäivärahan saajia oli 17 000 ja työmarkkinatuen saajia 156 000. Työmarkkinatuen saajien määrä ei ole vähentynyt yhtä nopeasti kuin muiden työttömyysturvaetuuksien. Pitkäaikaistyöttömyyden ja nuorisotyöttömyyden jatkuminen korkeana hidastaa työmarkkinatuen saajien määrän laskua. Työmarkkinatukeen oikeutetuista 48 prosenttia oli henkilöitä, joilla työttömyysturvan saannin työssäoloehto ei ollut täyttnyt, ja 52 prosenttia niitä, joilla työttömyysturvan saannin enimmäisraja oli tullut täyteen. Maa-

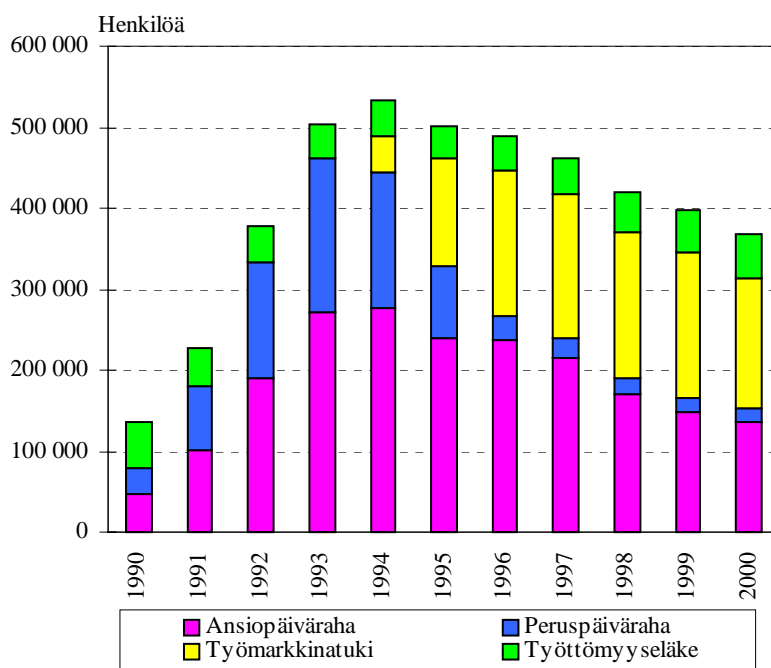
hanmuuttajille tarkoitettua työmarkkinatukea vastaavan kotoutumistuen saantiin oikeutettuja oli 5 700. Työttömyyspäivärahan saajien määrän arvioidaan lisääntyvän jonkin verran vuoden 2002 aikana.

Työttömyyseläkkeellä olevien määrä kasvoi edelleen. Vuoden 2001 lopussa työttömyyseläkkeen saajia oli 59 450. Työttömyyseläkeläisten määrä kohoaa edelleen. Pitkäaikaistyötön, joka on täyttänyt 60 vuotta, voi saada työttömyyseläkettä vanhuuseläkkeeseen saakka.

Työllisyysasteen nousu pysähtynyt

Työllisyysaste nousi vuonna 2000 lähelle 67 prosenttia ja oli vuotta myöhemmin samalla tasolla. Erityisesti kohentui 55–59-vuotiaiden työllisyys. Palkansaajien määrä lisääntyi lähes 40 000 henkilöllä, mutta yrittäjien määrä väheni huomattavasti.

Kuvio 54. Työttömyysturvan perus- ja ansiopäivärahaa, työmarkkinatukea ja työttömyyseläkettä saavat vuosina 1990-2000, henkilövuosina



Työllisyyden kasvu on painottunut eteläiseen Suomeen ja muiden alueiden kasvukeskuksiin. Vuosina 1995–2000 työllisyysaste kohosi eniten Uudenmaan, Hämeen, Pohjois-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen alueella. Selvästi keskimääräistä hitaammin työllisyysaste nousi Kainuun, Lapin Pohjois-Pohjanmaan ja Etelä-Savon alueella. Näillä alueilla työllisyysaste kasvoi tänä aikana alle 3,5 prosenttiyksikköä, kun se Uudellamaalla nousi yli 9 prosenttiyksikköä. Kun tarkastelu pidennetään kymmeneen vuoteen, on Uusi-maa ainoa alue, jossa työllisten määrä lisääntyi. Vuosina 1990–2000 työllisten määrä lisääntyi Uudellamaalla 34 000 henkilöllä. Vastaavana aikana työllisten määrä väheni sekä Lapista että Hämeestä 22 000 henkilöllä.

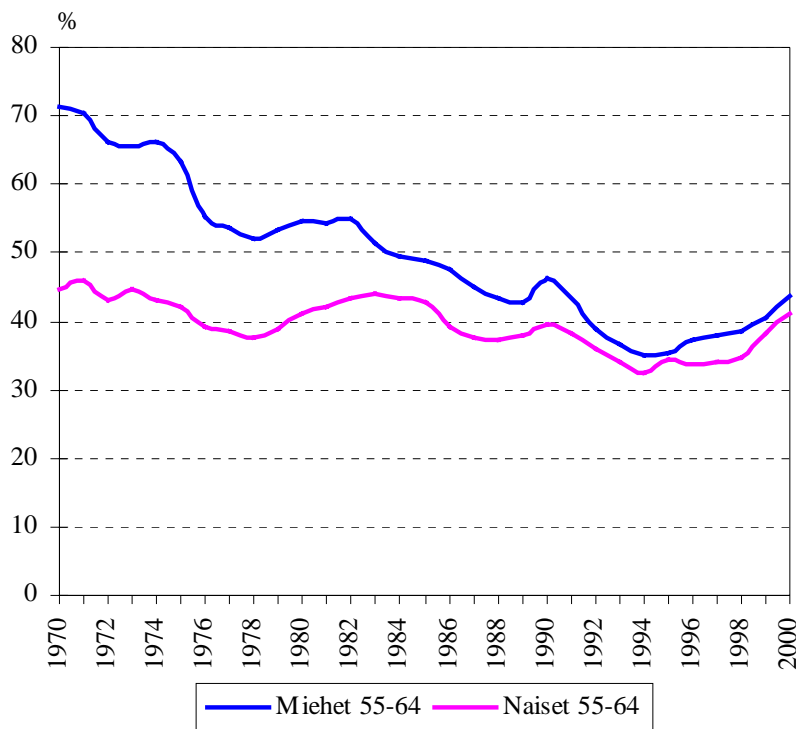
Vuodesta 1993 lähtien jatkuvasti voimistunut muuttoliike on suuntautunut samoille alueille, joissa työllisyysaste on noussut. Muuttoliikkeen luovuttaja-alueita ovat puolestaan olleet alueet, joissa työllisyys ei ole taloudellisesta nousukaudesta huolimatta parantunut. Muuttoliike on ollut

suurta erityisesti koulutetun työvoiman kohdalla.

Ikääntyvien työllisyys alkanut parantua

EU:n työllisyysstrategian keskeisenä tavoitteena on korkea työllisyysaste. Päämääränä on työllisyysasteen nostaminen 70 prosenttiin työikäisestä väestöstä vuoteen 2010 mennessä. Naisten työllisyysasteen tavoitteeksi on asetettu 60 prosenttia ja 55–64-vuotiaiden 50 prosenttia.

Suomen tavoitteet ovat suurelta osin yhtenevät EU tavoitteiden kanssa. Suomessa korostuvat kuitenkin ikääntyvän työvoiman ongelmat. Väestön ikärakenteesta johtuen seuraavan 10 vuoden aikana yli 50-vuotiaiden työvoimaosuus nousee 5 prosenttiyksiköllä. Aivan viime vuosina yli 55-vuotiaiden työllisyys on parantunut jopa yllättävän nopeasti. Lähivuosien haaste on, miten selvitään talouskasvun hidastumisen aiheuttamasta työttömyyden kasvusta siten, että samalla varaudutaan tulevien vuosien työvoimatarpeisiin.

Kuvio 55. 55–64-vuotiaiden työllisyysaste sukupuolen mukaan vuosina 1970–2000

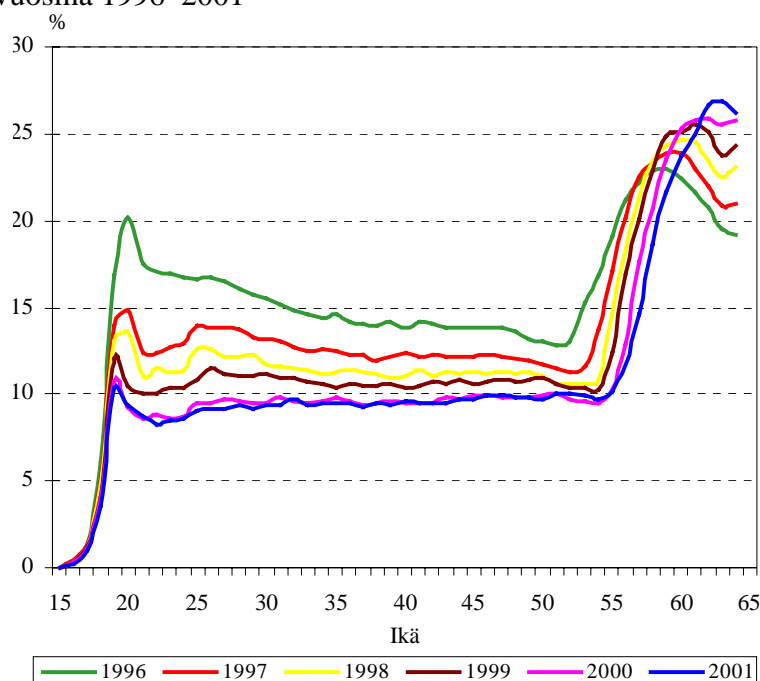
Etuuksiin muutoksia eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi

Suomessa siirryttiin vuonna 2001 eläkkeelle keskimäärin noin 59-vuotiaana. Pääsääntöisesti virallinen eläkeikä on 65 vuotta. Vuoden 1997 alussa työttömyyseläkeputken alaikärajaa myöhennettiin kahdella vuodella 53 ikävuodesta 55 vuoteen. Ikärajan nosto ja hyvä talouskehitys ovat kohentaneet ikääntyvien työllisyyttä. (Kuvio 56)

Työmarkkinoiden keskusjärjestöt pääsivät marraskuussa 2001 sopimukseen yksityisalojen työeläkkeiden kehittämisestä. Samaan aikaan sai työttömyysturvajärjestelmän uudistamista pohtinut työryhmä ehdotuksensa valmiiksi. Työryhmässä sovittiin työttömyysturvaan lähivuosina tulevista uudistuksista. Uudistusten tavoitteena on edelleen kohentaa ikääntyneiden työllisyyttä.

Lisäpäiväoikeuden ikäraja ehdotetaan nostettavaksi nykyisestä 57 vuodesta 59 vuoteen. Edellytyksenä lisäpäiväoikeudelle olisi jatkossa myös se, että henkilöllä on työttömyyspäiväraha-oikeuden 500 päivän enimmäiskeston täytyessä työhistoriaa vähintään 5 vuotta viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana. Lisäpäiviä maksettaisiin sen kuukauden loppuun, jolloin henkilöllä on oikeus siirtyä vanhuuseläkkeelle ilman varhennusvähennystä. Halutessaan henkilö voisi tämänkin jälkeen olla työnhakijana ja hänelle maksettaisiin työttömyyspäivärahaa ja myös lisäpäiviä sen kuukauden loppuun, jona henkilö täyttää 65 vuotta. Lisäpäiviä koskeva muutosehdotus korvaisi jatkossa työttömyyseläkkeen. Työeläkejärjestelmää koskevia uudistuksia on kuvattu toimintarajoitteisuutta käsittelevässä luvussa (2.2).

Kuvio 56. Työttömyyspäivärahaa saavien tai työttömyyseläkkeellä olevien osuus ikäluokittain vuosina 1996–2001



Lisäpäiviä ja työttömyyseläkettä koskevat muutokset ehdotetaan tulevaisuuden voimaan siirtymäkauden jälkeen. Ehdotuksen mukaan vuonna 1949 ja sitä ennen syntyneisiin henkilöihin sovellettaisiin nykyisiä lisäpäiväoikeuden saamisedellytyksiä koskevia säännöksiä. Vastaavasti lisäpäiväoikeus korvaisi työttömyyseläkkeen niiden henkilöiden osalta, joiden lisäpäiväraha-oikeus alkaa 1.1.2007 jälkeen. Lisäpäiviltä maksettavan työttömyyspäivärahan tasoa ehdotetaan korjattavaksi lähemmäs eläketurvan tasoa. Jos lisäpäivillä olevalla henkilöllä on työhistoriaa vähintään 20 vuotta, päivärahan tasoa korotetaan siten, että ansio-osan ylitteprosentti on 32,5.

Pitkäaikaistyöttömyys ja työmarkkinoilta syrjäytyminen

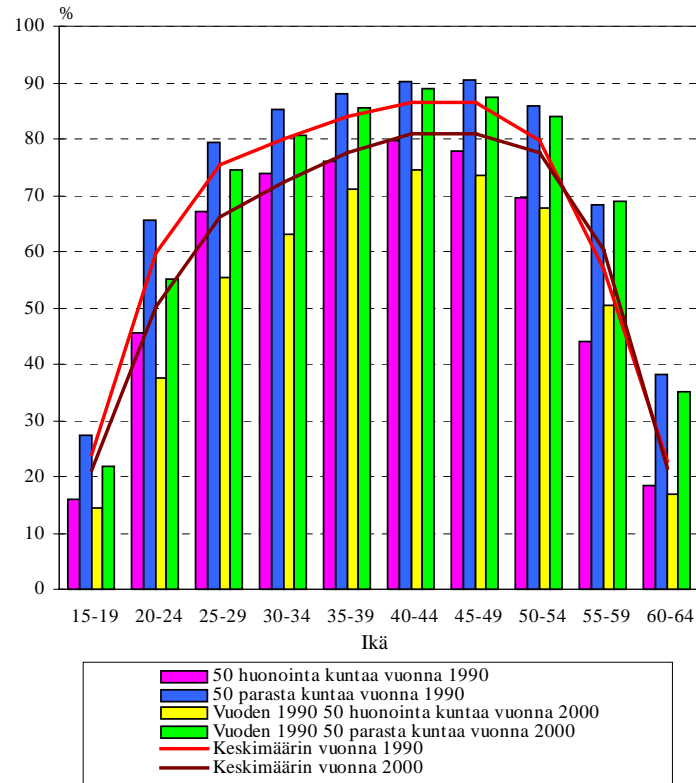
Keskeisenä syynä työmarkkinoilta syrjäytymiseen on se, että työvoiman kysyntä ja tarjonta eivät ole vastanneet toisiaan. Laman jälkeen tuotannon rakenne ja työvoiman kysyntä muuttuivat niin teollisuudessa kuin palveluissakin. Tästä seurasi, että suu-
relle osalle laman aikana työpaikkansa me-

nettäneistä ei enää kasvun alettua löytynyt työpaikkaa. Kasvavat yritykset ovat saaneet työvoimaa suoraan työvoiman ulkopuolelta tai työpaikkaa vaihtavista työllisistä. Työttömille työpaikan saanti on usein edellyttänyt uudelleen koulutusta. Vaikka työttömien kokonaismäärä on jo pitkään alentunut, työllistyminen on ollut valikoivaa. Työvoiman kysynnän kasvu kohdistui ensin lyhyen aikaa työttömänä olleisiin. Pitkäaikaistyöttömyys sen sijaan kasvoi vielä usean vuoden ajan suhdannenousun aikanakin. Pitkäaikaistyttömät ovat usein iäkkäitä. Heidän joukossaan on myös vajaakuntoisia, maahanmuuttajia ja koulutuksen ulkopuolelle jääneitä, joilla on vähän työkokemusta.

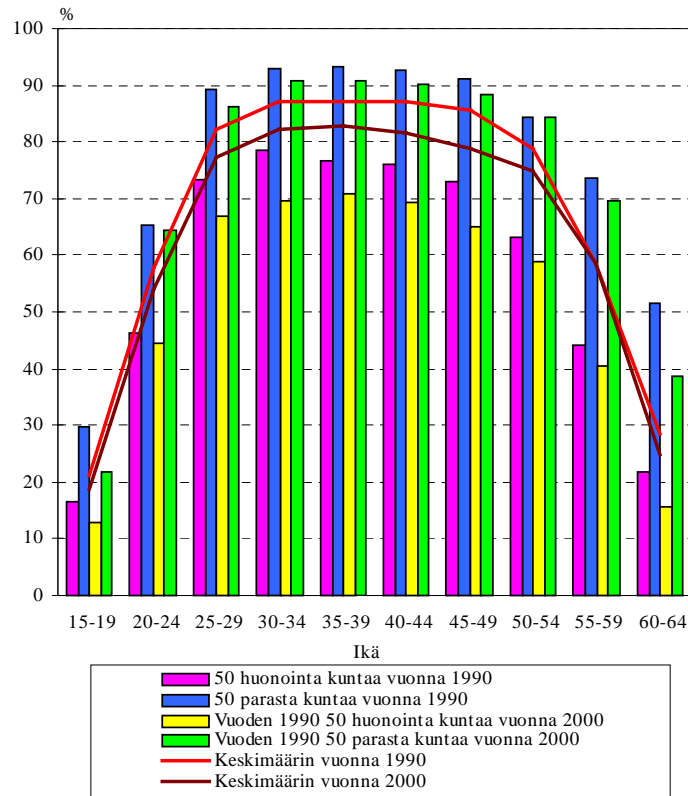
Työpaikkojen häviäminen saavutti huipunsa laman aikana nimenomaan Itä- ja Pohjois-Suomen korkean työttömyyden alueella. Kainuun työpaikoista hävisi lähes kolmannes vuonna 1991. Työpaikkoja ei ole onnistuttu synnyttämään uudestaan kansantalouden nopeasta kasvusta huolimatta.

Kuvio 57. Työllisyysasteet ikäryhmittäin kahdessakymmenessä parhaassa ja huonoimmassa kunnassa vuosina 1990 ja 2000

Naiset



Miehet



Aktiivinen työvoimapolitiikka

Työvoimakoulutus, työharjoittelu ja tuki-työllistäminen ovat vähentäneet pitkäaikaistyöttömyyttä. Vuoden 2001 lopussa työhallinnon koulutus- ja työllistämistoimenpiteiden piirissä oli runsaat 72 400 henkilöä, mikä oli 9 800 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Työhallinnon palkka-perusteisilla toimenpiteillä sijoitettuna oli 34 400 henkilöä, mikä oli 6 200 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Sijoitetuista 56 prosenttia oli yksityisen sektorin töissä. Työvuorottelupaikkaan oli sijoitettuna 5 000 henkilöä. Työvoimakoulutuksessa oli vuoden 2001 lopussa 24 900 oppilasta, mikä oli 2 800 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Lisäksi työllisyysperusteisilla investoinneilla ja eräillä Euroopan sosiaalirahaston hankkeilla työllistettynä oli arviolta noin 3 000 henkilöä. Kaikkiaan näillä toimenpiteillä oli 2,9 prosenttia työvoimasta.

Aktiivitoimenpiteiden merkitys on Suomessa selvästi vähäisempi kuin esimerkiksi Tanskassa ja Ruotsissa. Suomen työvoimapolitiikan lähtökohtana on lisätä aktiivitoimien määrää siten, että työttömyyden noustessa, joka kolmannelle työttömäksi jäävälle suunnattaisiin joko työvoimapolitiikkaa koulutusta tai oppisopimuskoulutusta.

Kuntouttava työtoiminta

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta tuli voimaan 1.9.2001. Laki edesauttaa pitkään työttömänä olleiden henkilöiden pääsyä työmarkkinoille. Kunnat ja työvoimatoimistot veloitetaan yhteistyönä laatimaan kullekin asiakkaalle sopiva aktivointisuunnitelma ja palvelukokonaisuus. Kunnilla on velvoite järjestää kuntouttavaa työtoimintaa pitkään työttöminä olleille työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saaville asiakkailla. Siirtymäsäännöksen perusteella aktivointisuunnitelma on tehtävä viimeis-

tään 31 päivään joulukuuta 2002 mennessä niille henkilöille, jotka ovat täyttäneet ehdot ennen lain voimaantulopäivää. Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan näitä henkilöitä on noin 70 000. Kuukausittain aktivointisuunnitelman laatimisvelvoitteen piiriin tulee arviolta noin 6 000 uutta henkilöä.

Kuntouttavaa työtoimintaa tulee järjestää asiakkaalle viimeistään kolmen kuukauden kuluessa aktivointisuunnitelman laatimisesta silloin, kun hänelle ei pystytä tarjoamaan työtä tai työllistymistä edistäviä työvoimahallinnon toimenpiteitä. Kuntouttavan työtoiminnan tulee edistää henkilön elämänhallintaa ja pääsyä työmarkkinoille. Kuntouttava työtoiminta ei muodosta työsuhdetta eikä se voi korvata virka- tai työsuhteessa tehtävää työtä. Alle 25-vuotiailla on velvollisuus osallistua kuntouttavaan työtoimintaan, jos se on sisällytetty aktivointisuunnitelmaan.

Naisten asema työmarkkinoilla muuttunut

Naisten aseman muutokset työmarkkinoilla kiteytyvät kolmeen 1990-luvulla alkaneeseen kehityssuuntaan. Yhä suurempi osa julkisen sektorin työpaikoista on määräaikaista, naisten työttömyysaste on kohonnut korkeammaksi kuin miesten ja pienten lasten äitien työllisyysaste on laskenut enemmän kuin muiden väestöryhmien. Erityisesti paljon on heikentynyt yksinhuoltajaäitien työllisyys. Muutosten kielteiset vaikutukset ilmenevät naisten heikentyneinä etuuksina. Esimerkiksi vuonna 2001 runsas neljännes äideistä sai ainoastaan vähimmäismääräistä vanhempainrahaa. Vähimmäismääräisten vanhempainrahojen osuus on moninkertainen 1990-luvun alkuun verrattuna.

Julkinen sektori on ollut merkittävä naisten työllistäjä 1970-luvulta lähtien. Vuonna 2000 työllisistä naisista 40 prosenttia työskenteli julkisella sektorilla. Miehillä julki

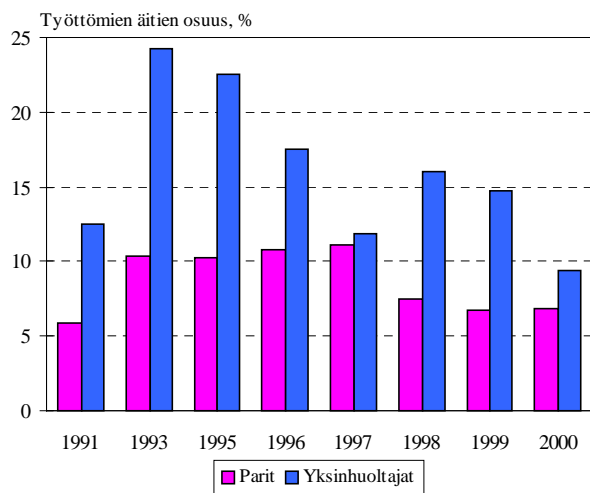
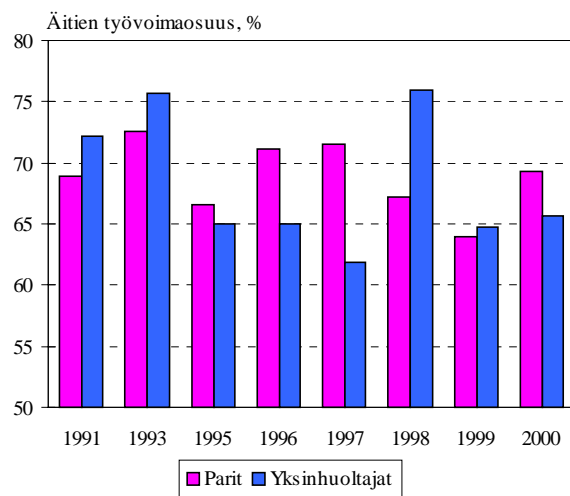
sen sektorin osuus oli 16 prosenttia. Julkisten liikelaitosten yhtiöittäminen ja yksityistäminen siirsivät 1990-luvulla valtion työpaikkoja yksityiselle sektorille. Kuntasektorin työpaikkoja vähensivät puolestaan säästötoimet. Vuonna 2000 kuntasektorin työllisten määrä oli kuitenkin jo lähes yhtä suuri kuin ennen lamaa. Määräaikaisten työsuhteet ovat kunnissa suhteellisen yleisiä. Vuonna 2000 lähes neljännes naisten työsuhteista kuntasektorilla oli määräaikaisia.

Kasvavan julkisen sektorin ansiosta naisten työttömyys pysyi 1980-luvulla pienempänä kuin miesten. Viime vuosikymmenen loppupuolella tilanne muuttui. Vuodesta 1996 lähtien naisten työttömyysaste on ollut suu-

rempi kuin miesten. Miehet ovat työllistyneet naisia paremmin yksityiselle sektorille.

Pienten lasten yksinhuoltajaäitien työvoimaosuus oli vielä 1990-luvun alussa suurempi kuin muiden pienten lasten äitien. Yksinhuoltajaäitien työttömyys oli tosin jo tuolloin hieman korkeampi kuin muiden äitien, joten yksinhuoltajaäitien työllisyysaste jäi muita äitejä alhaisemmaksi. Vuonna 2000 pienten lasten yksinhuoltajaäitien työllisyysaste oli edelleen selvästi alhaisempi kuin ennen lamaa. Muiden pienten lasten äitien työllisyysaste näyttäisi nousseen jo lähes yhtä suureksi kuin 1990-luvun alussa (kuvio 58)

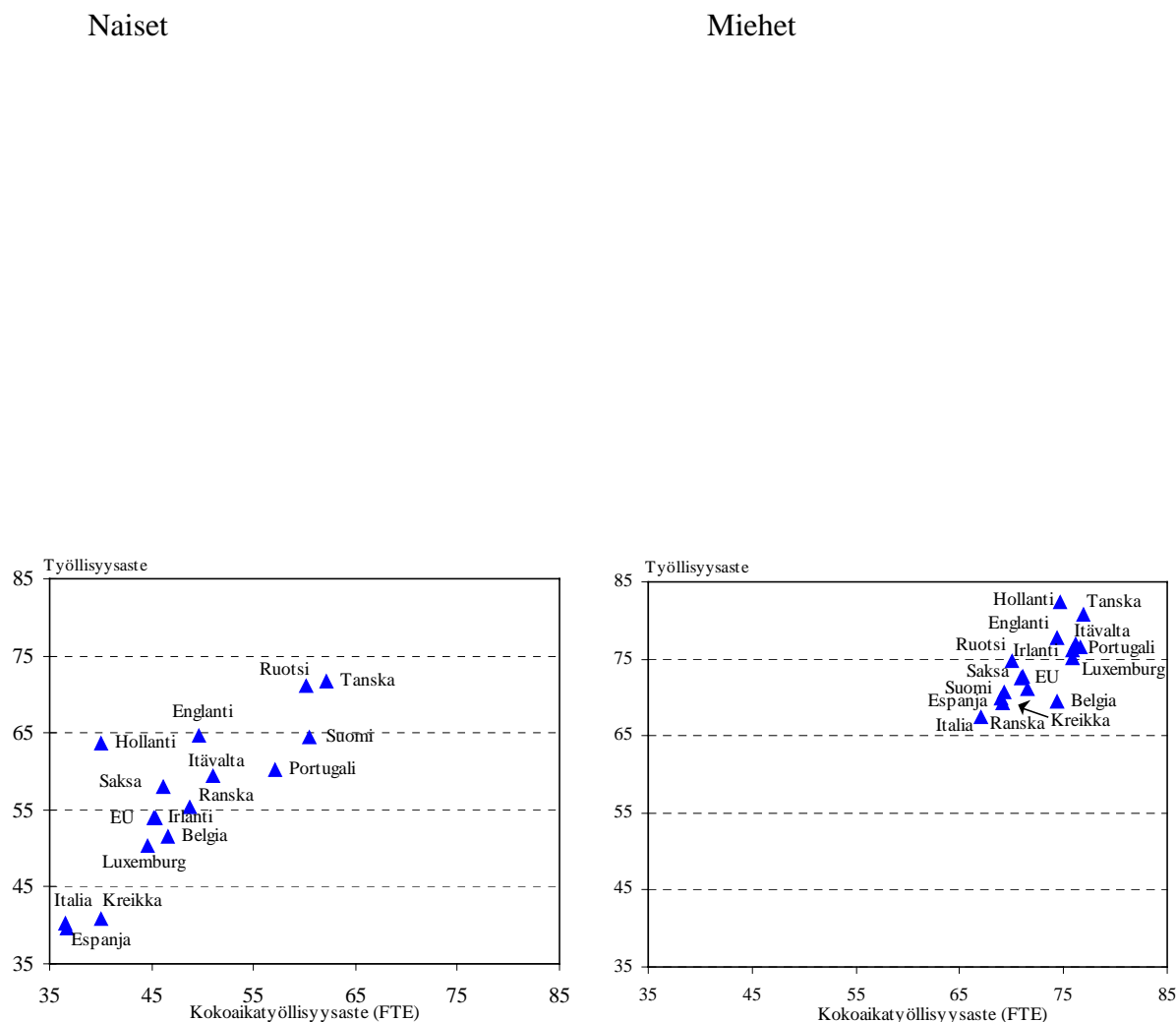
Kuvio 58. Alle 7-vuotiaiden lasten äitien työvoimaosuudet ja työttömien väestöosuudet vuosina 1991-2000



Vuonna 2000 miesten työllisyysaste oli 69,4 prosenttia ja naisten 64,3 prosenttia. Suomalaisten miesten työllisyysaste on EU:n neljänneksi matalin, mutta naisten neljänneksi korkein. Naisten osa-aikatyö on Suomessa harvinaisempaa kuin useimmissa muissa EU-maissa. Kun osa-aikaiset

työpaikat muunnetaan laskennallisesti kokopäiväisiksi (FTE), suomalaisten naisten työllisyysaste nousee Tanskan jälkeen toiseksi korkeimmaksi. Koska miesten osa-aikatyö on kaikissa EU-maissa melko harvinaista, ei muutoksella ole suurta vaikutusta miesten järjestykseen (kuvio 59).

Kuvio 59. Naisten ja miesten yleiset ja kokoaikatyöllisyydeksi muunnetut työllisyysasteet EU:ssa vuonna 1999



Työttömyysmenojen rahoitus

Työmarkkinatuki ja peruspäiväraha rahoitetaan kokonaan valtion varoin. Ansiopäiväraha rahoitetaan yhdessä työnantajien ja palkansaajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoin. Palkansaajien työttömyysvakuutusmaksu otettiin käyttöön vuonna 1993. Työnantajien, palkansaajien ja valti-

on rahoitusosuudet ansiopäivärahan rahoituksesta ovat vaihdelleet jonkin verran eri vuosina. Työttömyyseläkkeet koostuvat kansaneläkkeistä ja työeläkkeistä. Työeläkkeistä työnantajat rahoittavat noin neljä viidesosaa ja työntekijät viidesosan. Kansaneläkkeet rahoitetaan valtion varoin ja työnantajien vakuutusmaksuin.

Taulukko 10. Työttömyysmenojen rahoitusosuudet vuonna 2000

	Menot milj. euroa	Rahoitusosuudet (%)			
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Työntekijät
Peruspäiväraha/työmarkkinatuki	895	100	0	0	0

Ansio päiväraha	1 306	37	0	39	24
Työttömyyseläke					
kansaneläke	47	47	0	53	0
työeläkkeet	574	2	0	74	24

Kirjallisuutta

- EU:n työllisyysuuntaviivojen mukainen Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelma. Työministeriö. Toukokuu 2001
- Joint Employment Report 2001. EU.
- Haataja A. (2001): Naisten työssäkäynnin tunnusluvut uusiksi!. Hyvinvointikatsaus 1, 43-47.
- Haataja A. ja Nurmi K. Työnjako 1990-luvulla. Naiset työelämässä ja työelämän ulkopuolella. Tasa-arvoasian neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tasa-arvon työraportteja 2000:3.
- Parkkinen P. Suomella runsaat työllisyysreservit. Työministeriö. Työpoliittinen Aikakauskirja 2000:2, s. 33-41.
- Romppanen A. Ikääntymisen vaikutuksista työmarkkinoilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:12.
- Sauli H., Savola L. ja Haataja A. 2000: Käyvätkö äidit töissä vai ei? Hyvinvointikatsaus 1, 63-66.
- Työllisyys vuosituhannen alussa: Työvoima 2020. Väliraportti. Työministeriö. Tammikuu 2002-02-05

2.7. Asumisen tukeminen

	1999	2000	2001*	2002**
Yleisen asumisten menot (milj. euroa)	497	454	401	415
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotital.)	207 000	170 350	158 460	163 000
- joista lapsiperheet	80 100	75 40	69 840	70 000
Eläkkeensaajien asumistuen menot (milj. euroa)	216	230	243	257
Eläkkeensaajien asumistuen saajat 31.12.	160 280	16154	163 500	165 100
Opiskelijoiden asumislisän menot (milj. euroa)	101	147	202	207
Opiskelijoiden asumislisän saajat 31.12.	91 550	141 590	143 000	145 000

*ennakkotieto

Asumismenot nousseet muita kustannuksia nopeammin

Asuntomarkkinoilla on 1990-luvulla vähennetty julkista tukea ja vapautettu hinnat markkinoiden ohjailtavaksi. Vuokrat ovat nousseet koko 90-luvun ja vuodesta 1996 vuoteen 2001 huomattavasti nopeammin kuin aikaisempina vuosina, yli 4 prosenttia vuosittain. Vuoden 2000 huhtikuusta vuoden 2001 maaliskuuhun vuokrat nousivat uusissa vuokrasuhteissa 4,1 prosenttia. Nopeinta vuokrien nousu on ollut pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa. Pääkaupunkiseudulla vuokrat ovat jo yli 40 prosenttia suuremmat kuin muualla ja ero kasvaa jatkuvasti. Kun yksion neliövuokra Helsingissä on keskimäärin 16 euroa neliöltä niin vastaava vuokra muualla maassa on 10 euroa. Pääkaupunkiseudun keski-vuokra kaikenkokoisissa asunnoissa oli yli 10 euroa neliöltä.

Samansuuntainen kehitys kuin vapaarahoitteisten asuntojen vuokrissa on tapahtunut arava-asunnoissa. Arava-asuntojen vuokrien nousun lisäksi on näiden asuntojen saanti vaikeutunut erityisesti pääkaupunkiseudulla. Vain joka neljännelle asunnon hakijalle voitiin vuokrata asunto, pääkaupunkiseudulla vain joka viidennelle. Vuonna 2000 aravavuokra-asuntoa haki yli 215 000 perhettä, joista kaksiviidennestä haki arava-asuntoa pääkaupunkiseudulta. Pääkaupunkiseudulla oli vuoden 2000 lopussa jonossa oli yli 50 000 hakijaa. Kun pääkaupunkiseudulla asuntojen kysyntä

kiihtyy ja vuokrat nousevat nopeasti, on joillakin paikkakunnilla tullut ongelmaksi tyhjät vuokra-asunnot ja asuinalueet, joiden ylläpidosta aiheutuu kunnille suuria kustannuksia. Asuntojen puute kasvukeskuksissa vaikeuttaa jo työvoiman liikkumista ja työllistymistä, kun kohtuuhintaista ja kohtuullisen kokoista asuntoa ei löydy sieltä missä on työtä.

Vuosikymmenen alun hintojen romahduksen jälkeen vuodesta 1995 lähtien ovat omistusasuntojen hinnat nousseet nopeasti. Kasvu pysähtyi vuoden 2001 alkupuolella, mutta sen ennakoidaan taas kiihtyvän Pääkaupunkiseudulla hinnat ovat kohonneet vuosittain yli 10 prosenttia. Vanhojen kerrostaloasuntojen nimellishinnat ovat jo ylittäneet 1980-luvun lopun huippuluokat. Muualla maassa hintojen nousu on tähän asti ollut maltillisempaa, mutta myös kiihtynyt kasvukeskuksissa, kuten Tampereella ja Oulussa. Pääkaupunkiseudulla kerrostaloasunto maksaa keskimäärin 2 070 euroa/m². Pääkaupunkiseudun ja muun maan välinen hintaero on kasvanut. Tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla kerrostaloasunnon neliöhinta on lähes kaksinkertainen muualla maassa olevaan asuntoon verrattuna.

Asumiskustannuksia on vuoden 2001 aikana laskenut korkotason putoaminen. Uusien asuntoluottojen nimelliskorko oli huipussaan vuonna 1993, noin 13 prosentissa. Viime vuonna korko laski jo alle 5 prosenttiin. Matalasta korkotasosta ja asunto

jen hintatason noususta johtuen kotitaloudet ovat ottamaan suuria asuntolainoja hankkiessaan asunnon. Niinpä kotitalouksien asuntolainojen kokonaismäärä on viime vuosina kohonnut huomattavasti 27 miljardiin euroon. Se ylittää lähes 50 prosentilla vuoden 1991 tason ja on kasvanut vuodesta 1998 yli 17 miljardilla eurolla.

Asuntotuotanto on ollut 1990-luvulla huomattavasti alemmalla tasolla kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Kun aikaisemmin asuntoja rakennettiin vuodessa 50 000, jää tuotantotaso nykyisin alle 30 000:n asunnon Alimmillaan tuotanto oli vuonna 1996, hieman yli 20 000 asuntoa. Asuntojen tarjonta reagoi hitaasti kasvaneeseen kysyntään, ja uuden rakentamista hidastaa muun muassa rakennuskelpoisen tonttimaan puute ja korkea hintataso. Nyt rakennuskustannukset ovat nousseet aravarajoitusten yläpuolelle ja siten kaikkia suunniteltuja vuokra-asuntoja ei voida rakentaa. Tuotanto on siirtynyt entistä enemmän kovanrahan omistusasuntoihin kasvukeskuksiin. Hintatason nousun pysähtyminen sai myös kovanrahan tuotannon putoamaan vuoden 2001 aikana.

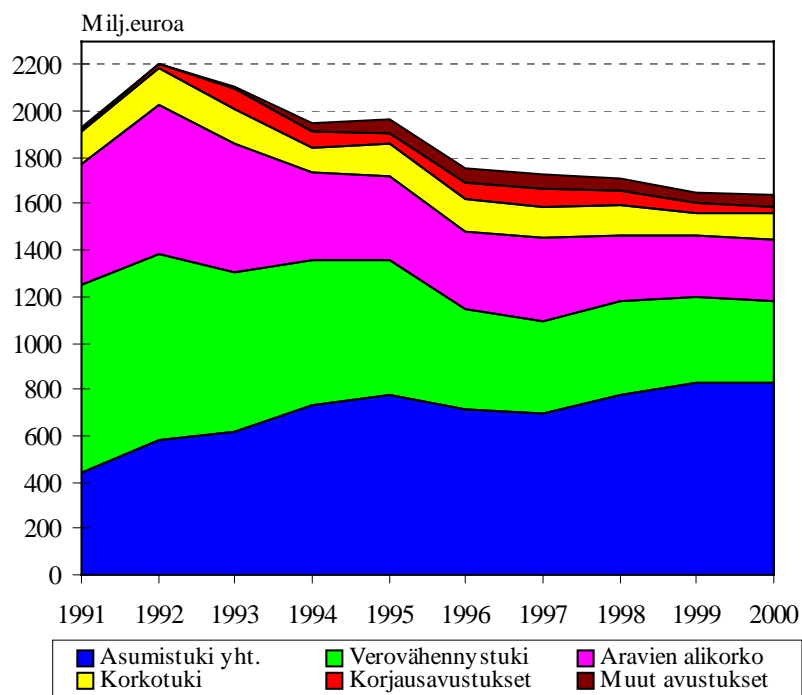
Asumismenot ovat kasvaneet koko 1990-luvun, etenkin vuokralla asuvilla. Samaan aikaan pienituloisten tulot ovat kasvaneet paljon hitaammin. Viime vuosina on asunnottomuus alkanut uudelleen pitkän vähenemiskauden jälkeen lisääntyä. Asunnottomia arvioidaan olevan jo yli 10 000

henkeä suurin osa näistä on miehiä, mutta uutena piirteenä asunnottomuudessa ovat naisten ja nuorten määrän lisääntyminen.

Asumisen tuki vähentynyt

Asumista ja asuntojen rakentamista tuetaan asumistuilla, korkotuilla, avustuksilla ja verotuella. Asumistukijärjestelmiä ovat yleinen asumistuki, opiskelijoiden asumislisä ja eläkkeensaajien asumistuki. Korkomenoja tuetaan ASP-tuella, aravalainojen alikorolla ja korkotukijärjestelmillä. Suorat avustukset asumiseen kohdistuvat erilaisille erityisryhmille ja korjaustoimintaan. Verotuista keskeisin on asuntolainojen korkojen verovähennys.

Asumisen kokonaistuki on viime vuosina pysynyt ennallaan vajaassa 10 miljardissa markassa ja oli vuonna 2000 1,63 miljardia euroa. Asumistukien osuus kokonaistuesta on kasvanut noin puoleen, kun se oli 1990-luvun alussa noin neljäsos (kuva 60). Verotuki on pienentynyt huomattavasti johtuen korkovähennyksestä vuonna 1993 tehdystä muutoksesta ja korkojen laskusta, sama on tapahtunut korkotuilla. Suhdanteista johtuen talonrakentamisen tukemista on jonkin verran vähennetty, samoin korjausavustuksia. Asumistuen saantikriteereitä on useaan otteeseen muutettu ja kohdistettu uudelleen.

Kuvio 60. Asumisen kokonaistuki vuosina 1991-2000, vuoden 2000 hinnoin

Lähde: Ympäristöministeriö

Asumisen tuki tarpeeseen

Asumisen kokonaistuki vuonna 2001 oli 1,6 miljardia euroa. Tästä oli tarveharkintaista suoraa asumistukea 51prosenttia, tuotantotukea 27 prosenttia ja korkojen verovähennystä 22 prosenttia. Yleisistä tuista suurin on korkojen verovähennyksen kautta annettu tuki. Pienempiä yleistukia ovat asp-korkotuki ja osa korjausavustuksista. Tarveharkintaisia tukia ovat asumistukien lisäksi, aravalainan alikorko omistusasunnoille, korjausavustukset (lukuun ottamatta) asunto-osakeyhtiöitä, aravalaina alikoroista vuokra-asunnoille syntyvä tuki ja korkotuki vuokra-asuntoihin.

Kotitalouksille suunnatut suorat asumistuet ovat tarveharkintaisia. Tukea myönnetään ottaen huomioon kotitalouden tulot, varallisuus, asumisväljyys ja asumismenot. Tukien tavoitteena on edistää kohtuullisen asumistason saavuttamista myös pienituloisille. Tuen avulla pyritään pitämään asumismenojen osuus kotitalouden tuloista kohtuullisena. Tiukan tuloharkinnan takia

asumistuen väheneminen alkaa jo hyvin pienistä tuloista.

Asumiskustannukset otetaan huomioon joko todellisena tai ruokakunnan koon mukaan, asunnon enimmäispinta-alan ja alueellisesti määriteltujen enimmäismääristen neliökustannusten mukaan. Kohtuullisista kustannuksista vähennetään perusomavastuu, jonka määrään vaikuttaa asunnon koko, sijainti ja ruokakunnan tulot. Kohtuullisista asumismenoista, joista on vähennetty perusomavastuu, maksetaan asumistukea 80 prosenttia. Asumiskuluista jää siten aina osa tuensaajaperheen maksettavaksi.

Yleinen asumistuki kohdistuu hyvin pienituloisille kotitalouksille. Työttömyyden lisääntyminen lisäsi huomattavasti myös asumistuen tarvetta. Kun samaan aikaan tulotason laskun ja vuokrien nousun kanssa asumistuen menoja jouduttiin supistamaan tuloharkintaa kiristämällä, asumistuen saajiksi jäi suurelta osin kotitalouksia, jotka elävät pääosin jonkin toimeentuloturva

etuuden varassa. Yleisen asumistuen saajista on työttömiä noin 65 prosenttia.

Yleinen asumistuki syntyi lapsiperheiden tukimuodoksi. Nykyisin asumistuen saajista on lapsiperheitä enää 46 prosenttia. Lapsiperheistä runsaat puolet on yksinhuoltajaperheitä. Asumistukea sai vuoden 2001 joulukuussa 158 500 ruokakuntaa ja keskimääräinen tuki oli 1 142 markkaa kuukaudessa. Vuonna 1998-99 sekä saajien määrä että keskimääräinen tuki lisääntyi hieman asumistuen korotuksen seurauksena. Vuonna 2000 ja 2001 tuensaajien määrä on vähentynyt erityisesti sen vuoksi, että opiskelijaparit ovat siirtyneet asumislisäjärjestelmän piiriin. Tämä on nostanut työttömien osuutta asumistuen saajista, vaikka työttömien tuensaajien lukumäärä on hieman laskenut.

Työttömyydestä ja sen pitkittyminen nosti asumistuen saajien määrän lähes kolminkertaiseksi 1990-luvun alkupuolella (kuvio 61). Asumistuen kustannusten alentamiseksi on tukeen oikeuttavia tulorajoja laskettu useana vuotena. Samaan aikaan ovat tuen saajien asumismenot nousseet. Yhä pienempituloisten yhä suurempien asumismenojen kattamiseksi on keskimääräinen asumistuki kohonnut. Entistä pienituloisemmat kotitaloudet joutuvat käyttämään yhä suuremman osan tuloistaan asumismenoihinsa. Asumistuessa hyväksyttävien enimmäisneliövuokrien tasoa nostettiin vuoden 2002 alusta lukien vastaamaan aikaisempaa paremmin tuensaajien todellista vuokratasoa.

Kuvio 61. Asumistuen kehitys vuosina 1990-2000

Eläkkeensaajille ja opiskelijoille on omat asumistukijärjestelmänsä, jotka eroavat joidenkin yksityiskohtien osalta yleisestä asumistuesta. Eläkkeensaajien asumistuki

on suoraan kytketty eläkkeeseen ja sen keskeinen tavoite on turvata asuminen tuossa asunnossa ja estää laitokseen joutumista. Tavoitteestaan johtuen eläkkeensaa

jien asumistuen asuntoa koskevat määräykset ovat väljempiä kuin yleisessä asumistuksessa. Tukijärjestelmän kehittämisessä on keskeistä sen suhde vanhusten palveluihin. Eläkkeensaajien asumistuen saajia oli viime vuonna 165 000 ja he saivat tukea keskimäärin 123 euroa kuukaudessa.

Opiskelijoiden asumislisää saavat vuokrasunnossa asuvat lukuun ottamatta lapsiperheitä ja kaikki omistusasunnossa asuvat opiskelijat. Asumislisä on osa opintotukea ja sen taso on alun pitäen kytketty opiskelija-asuntojen vuokratasoon. Vuokranormia ei ole korotettu vuoden 1995 jälkeen. Opintotuen asumistuen saajia oli vuoden 2001 lopussa 151 000 ja tuki oli keskimäärin 153 euroa kuukaudessa. Opiskelijoiden asumistuki on osa opintotukea ja sen tarveharkinta määräytyy opintotuessa sovellettavien periaatteiden mukaisesti. Tukiprosentti on sama, 80 prosenttia, kuin yleisessä asumistuessakin. Asumislisää maksetaan vain opiskelukuukausilta, joten vain

pieni osa opiskelijoista saa tukea kesäajalta.

Asumistukijärjestelmä on joutunut reagoimaan nopeisiin taloudellisiin muutoksiin. Markkinat ovat heiluttaneet asuntojen tarjontaa ja kysyntää. Vaikka työllisyyden paraneminen ei samassa suhteessa näy asumistuen tarpeen vähenemisenä, tulee se pitemmällä ajanjaksolla kohentamaan tilannetta, jos asuntojen tarjonta on riittävää. Työllisyystilanteen ja asuntomarkkinoiden vakiintuessa tukea voidaan kehittää paremmin osana sosiaalipolitiikkaa ottamalla huomioon asuntomarkkinoiden eriytymisen eri väestöryhmien ja maan eri alueiden välillä.

Asumistukien rahoitus

Valtio rahoittaa kokonaan sekä yleisen että eläkkeensaajien asumistuen sekä opiskelijoiden asumislisän.

2.8.Toimeentulotuki

	1999	2000	2001	2002**
Toimeentulotukimenot (milj. euroa) (netto)	401	395	400	400
% sosiaalimenoista	1,2	1,2	1,2	1,1
% BKT:sta	0,3	0,3	0,3	0,3
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	292 000	271 700	260 900	252 000
Tukea saaneet henkilöt vuoden aikana	492 690	454 350	440 700	427 500

* ennakkotieto

** ennuste

Toimeentulotuki viimesijaisena toimeentuloturvaetuutena

Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki. Sen tarkoituksena on turvata jokaiselle, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, oikeus välttämättömään toimeentuloon. Toimeentulotukilain mukaan toimeentulotuen tarkoituksena on henkilön ja perheen toimeentulon turvaamisen ohella edistää myös itsenäistä selviytymistä. Käytännössä tuen myöntäminen perustuu yleensä toimeentulotukilaskelmaan, jossa selvitetään tuen hakijan toimeentulotukeen oikeuttavat menot sekä käytettävissä olevat tulot ja varat. Toimeentulotukeen oikeuttavat menot koostuvat perusosasta ja erikseen huomioon otettavista menoista (lisäosa). Toimeentulotuen perusosan määrä nousee kansaneläkeindeksin nousua vastaavasti. Yksin asuvan henkilön toimeentulotuen perusosan taso ei ole reaalisesti kohonnut 1990-luvulla. Perusosaan ei tehty indeksitarkistusta vuonna 1994 eikä vuosina 1996 – 1998. Asumiskustannusten seitsemän prosentin omavastuuosuuden sisällyttäminen toimeentulotuen perusosaan vuonna 1998 laski toimeentulotuen reaalista käteen jäävää osaa.

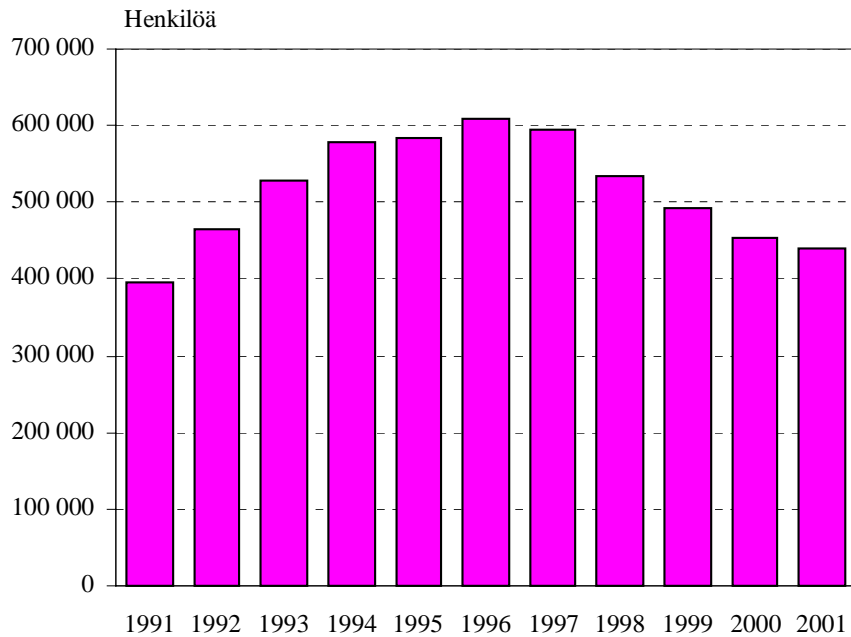
Toimeentulotuen viimeaikaisilla uudistuksilla pyritään aktivoimaan asiakkaita, ehkäisemään tuen saannin pitkittymistä ja sitä kautta sosiaalista syrjäytymistä sekä parantamaan vähäisenkin työnteon kannustavuutta. Näihin päämääriin tähtäävät mm.

ehkäisevän toimeentulotuen käytön laajentaminen, toimeentulotuen ja vähäisten ansiotulojen yhteensovittaminen sekä kuntouttavaan työtoimintaan liittyvät kannustinelementit.

Toimeentulotuen saajat vähentymässä hitaasti

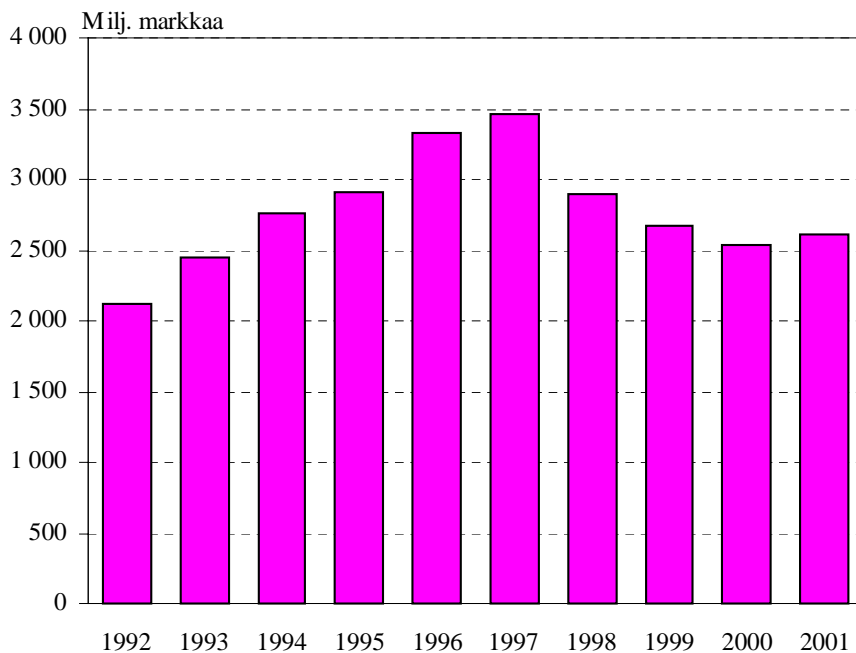
Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä lähes kaksinkertaistui 1990-luvun alkupuoliskolla. Enimmillään toimeentulotukea sai vuoden 1996 aikana noin 350 000 kotitaloutta, joissa oli yhteensä 610 000 henkilöä. Vuodesta 1997 alkaen on toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä vähitellen supistunut. Vuoteen 1990 verrattuna saajamäärät ovat kuitenkin edelleen suhteellisen korkeita. Toimeentulotuen saajien määrään vaikuttavat tuen ehdoissa tapahtuneet muutokset. Lisäksi tuen saajien määrään vaikuttavat yleisen työllisyystilanteen kehitys ja ensisijaisissa etuusjärjestelmissä tapahtuvat muutokset. Vuoden 1998 toimeentulotukilain uudistuksessa toimeentulotuen perusosalla katettaviin menoihin sisällytettiin seitsemän prosenttia tarpeellisen suuruista asumismenoista.

Vuonna 2001 toimeentulotuen saajia oli arviolta noin 14 000 henkilöä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Saajien määrän väheneminen kuitenkin hidastui. Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien lukumäärä supistui edelleen kaikissa maakunnissa, eniten Keski-Pohjanmaalla.

Kuvio 62. Toimeentulotuen saajien määrät vuosittain

Yleisen työllisyystilanteen kohentuminen ei ole heijastunut vastaavana toimeentulotukimenojen laskuna, vaikka yli puolet toimeentulotuen saajista on työttömiä. Työmarkkinoiden kasvanut kysyntä ei ole

ensimmäisenä kohdistunut toimeentulotukea saaviin henkilöihin. Toimeentulotuen kustannukset kasvoivat kuusi prosenttia vuoden 2001 alkupuoliskolla edellisen vuoden tilanteeseen verrattuna.

Kuvio 63. Toimeentulotuen bruttomenot v. 1992–2001, milj. mk vuoden 2000 hinnoin (vuosi 2001 arvio)

Suurin toimeentulotuen saajaryhmä olivat lapsettomat yksinäiset miehet, joiden osuus tuen saajista oli lähes 40 prosenttia vuonna 2000. Yksinhuoltajaperheiden osuus oli runsaat 10 prosenttia, samoin kuin lapsiperheiden ja lapsettomien parien osuus. Lapsettomien yksinäisten naisten kotitaloudet muodostivat noin neljänneksen toimeentulotuen saajista.

1990-luvun loppupuoliskolla (1996 – 2000) toimeentulotuen saajien määrä laski eniten lapsiperheissä. Hitainta väheneminen oli yksinhuoltajakotitalouksissa, joissa toimeentulotuen saanti oli myös selvästi yleisintä. Uusissa tuen saajissa nuoria oli entistä vähemmän. Vuonna 2000 eniten vähenivät toimeentulotukea saavien opiskelijoiden ja alempien toimihenkilöiden määrät. Sen sijaan väheneminen oli hidasta pitkäaikaistyöttömien ja eläkeläistalouksien keskuudessa.

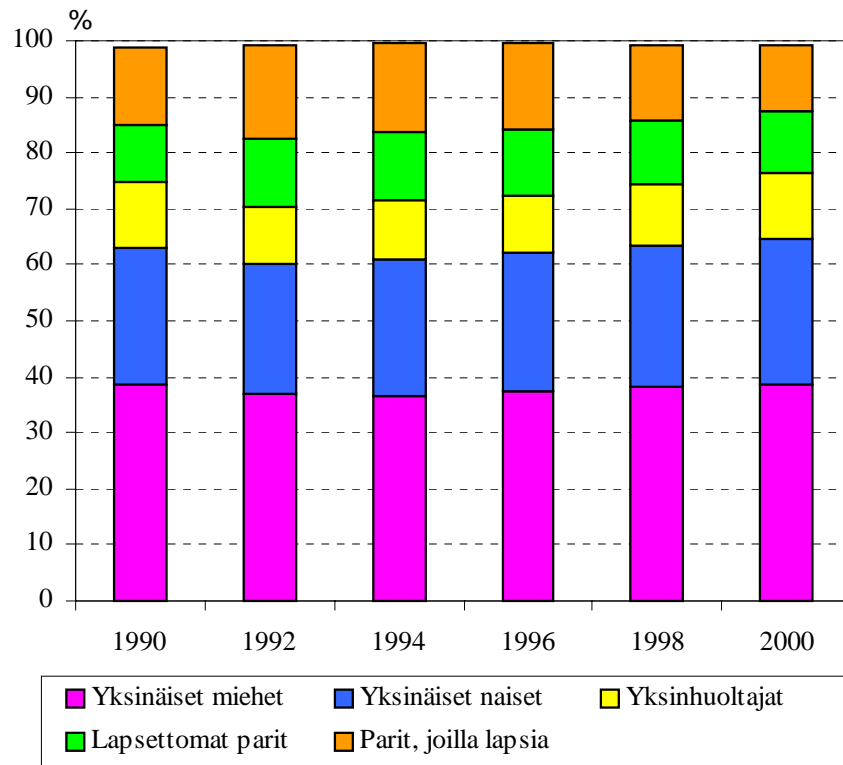
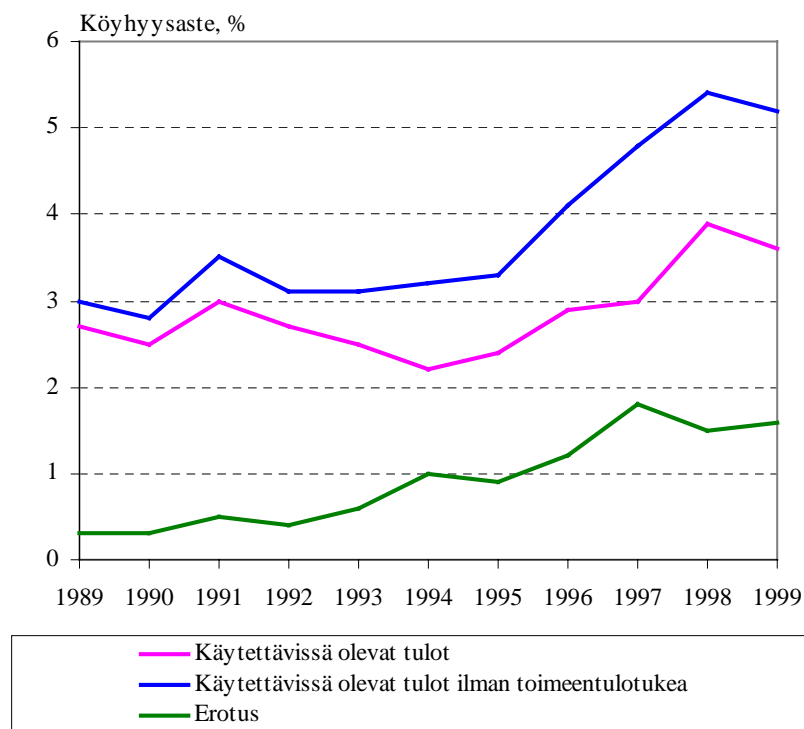
Toimeentulotuen tarpeen pitkäaikaisuuminen

Toimeentulovaikeuksien pitkittyessä syrjäytymisriski kasvaa merkittävästi. Toimeentulotuen saannin keskimääräinen kesto pitenee 1990-luvulla. Samalla pitkäaikaisasiakkaiden sekä yhden hengen kotitalouksien osuus nousi. Vuonna 1990 toimeentulotuen saajista noin 12 prosenttia sai tukea lähes koko vuoden ajan. Vuonna 1997 osuus oli noussut jo noin neljännek-

seen. Tämän jälkeen pitkäaikaista tukea saaneiden henkilöiden määrä kääntyi lievään laskuun. Vaikka pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden talouksien määrä laski edelleen vuonna 2000, kasvoi niiden suhteellinen osuus prosenttiyksikön edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2000 pitkäaikaisasiakkaiden osuus oli 24 prosenttia eli lähes 65 800 kotitaloutta.

Pitkäaikaisesti (10 – 12 kuukautena) toimeentulotukea saivat tavallisimmin yksinäiset miehet, lapsettomat parit sekä kahden huoltajan lapsiperheet. Harvinaisinta pitkäkestoinen tuen saanti oli yksinhuoltajajäideillä ja yksinäisillä naisilla. Kaupunkimaisissa kunnissa pitkäaikaisasiakkaiden osuus oli selvästi suurempi kuin maaseutumaaisissa kunnissa.

Keskeisenä syynä pitkäaikaiseen tuen saantiin on pitkäaikaistyöttömyyden takia kassautuvat toimeentulovaikeudet. Suurin osa näistä kotitalouksista hakee toimeentulotukea toisia etuuksia tai palkkatuloja täydentävänä etuutena. Toimeentulotuen tarpeen on havaittu pitkittyneen etenkin pääkaupunkiseudulla myös korkeiden asumiskustannusten vuoksi. Tehdyn selvityksen mukaan pitkäaikaisen toimeentulotuen asiakkuuden riskiä lisäävät perheettömyys, huono koulutus sekä alle 20:n tai 30 - 49 vuoden ikä. Myös yrittäjätausta ja vakiintuneen sosioekonomisen aseman puute ovat yhteydessä pitkittyneeseen tuen tarpeeseen.

Kuvio 64. Toimeentulotukea saaneet kotitaloudet kotitaloustyyppin mukaan, prosenttia**Kuvio 65.** Toimeentulotuen köyhyyttä vähentävä vaikutus

Köyhysaste: niiden henkilöiden väestöosuus, jotka kuuluvat kotitalouksiin, joiden kulutusyksikköä kohti laskettu käytettävissä olevat tulot ovat alle 50 prosenttia kaikkien kotitalouksien mediaanitulosta.

Toimeentulotuen merkitys pienituloisuuden lieventäjänä eli suhteellisen köyhyysasteen supistajana on kasvanut 1990-luvulla. Ilman toimeentulotukea yhä suurempi osuus väestöstä jäisi alle 50 prosentin mediaanitulorajan. (Kuvio 65).

Toimeentulotukijärjestelmän rakenteellisenä ongelmana on pidetty sitä, että ensisijaista etuutta, lähinnä työttömän perusturvaa, joudutaan laajasti täydentämään toimeentulotuella. Rekisteritietojen mukaan lähes puolet toimeentulotukea saaneista talouksista oli sellaisia, joissa huoltaja sai myös työmarkkinatukea. Etenkin suurissa kaupungeissa on viime vuosina jouduttu hyväksymään toimeentulotuessa korkeammat asumismenot kuin asumistuessa siinä hyväksytyjen enimmäisasumismenojen jäätyä hintakehityksessä jälkeen. Ensi- ja viimesijaisen turvan yhteensovituksista on pohdittu muun muassa asumistuen yhteensovitusryhmässä, joka jätti muistionsa ympäristöministeriölle 21.11.2001.

Toimeentulotuen myöntöedellytyksiin tarkennuksia

1.4.2001 voimaan tulleella toimeentulotukiasetuksen muutoksella täsmennettiin lisäosalla katettavien menojen määritelmää. Henkilön tai perheen erityisenä tarpeena voidaan pitää pitkäaikaista toimeentulotuen saamista, pitkäaikaista tai vaikeaa sairautta sekä lasten harrastustoimintaan liittyviä erityisiä tarpeita. Kunnille on asetettu myös velvoite käsitellä toimeentulotukiasiat viivytyksettä.

Ehkäisevän toimeentulotuen lisääminen

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion periaatteiden mukaan julkisten tukijärjestelmien tulisi toimia niin, että tarvetta turvautua epäviralliseen apuun ei merkittävässä määrin esiintyisi. Toimeentulotukijärjestelmän keskeisenä heikkoutena on ollut, että se ei riittävän joustavasti ota huomioon tuen

saajan tosiasiallista tilannetta ja siitä aiheutuvaa tuen tarvetta.

Huhtikuussa 2001 voimaan tulleen lainmuutoksen yhteydessä ehkäisevän toimeentulotuen käyttöalaa laajennettiin ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämiään säädettiin kunnille aiempaa velvoittavamaksi. Ehkäisevän toimeentulotuen tarkoituksena on edistää henkilön ja perheen sosiaalisista turvallisuutta ja omatoimista suoriutumista sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitkäaikaista riippuvuutta toimeentulotuesta. Tukea voidaan myöntää esimerkiksi vuokratien maksamiseen, aktivoiviin toimenpiteisiin sekä ylivelkaantumisesta tai taloudellisen tilanteen äkillisestä heikentymisestä aiheutuvien vaikeuksien lieventämiseen. Tuen saaminen voi estää asiakasta ajautumasta tilanteeseen, jossa hän joutuisi pitkäänkin turvautumaan toimeentulotukeen. Ehkäisevällä toimeentulotuella saavutetaan pitkällä aikavälillä myös taloudellista säästöä. Vuonna 2001 ehkäisevään toimeentulotukeen arvioidaan käytettävän runsas 80 miljoonaa markkaa (13,5 milj. euroa). Vielä vuonna 1999 ehkäisevän toimeentulotuen menot olivat noin 25 miljoonaa markkaa (4,2 milj. euroa).

Toimeentulotuki ja aktivoivat toimenpiteet

Aktiivisen sosiaalipolitiikan toimenpiteiden toteuttamisen yhteydessä toimeentulotukilakiin tehtiin muutoksia, joiden tarkoitus on lisätä työllistymistä edistävien toimenpiteiden kannustavuutta. Muutokset tulivat voimaan 1.9.2001. Pitkäaikaisen työttömyyden vuoksi toimeentulotukea saavat henkilöt osallistuvat kuntouttavasta työtoiminnasta annetun uuden lain perusteella aktivointisuunnitelman tekemiseen sekä mahdollisesti kuntouttavaan työtoimintaan. Siihen osallistuvalla toimeentulotuen saajalle maksetaan toimintarahana lisätukea seitsemän euroa osallistumispäi

vää kohti vuoden 2002 alusta. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva on oikeutettu myös matkamenojen korvaukseen toimeentulotuesta.

Samalla on toimeentulotuen hakijan velvollisuutta hakea työtä täsmennetty. Toimeentulotuen hakija on velvoitettu ilmoittautumaan työvoimatoimistoon työnhakijaksi, mikäli hän ei ole laissa määriteltyjen syiden vuoksi esteellinen vastaanottamaan työtä. Ilman perusteltua syytä tapahtunut kieltäytyminen työstä tai tarjotusta työvoimapolitiisesta toimenpiteestä voi johtaa toimeentulotuen perusosan alentamiseen. Sama koskee kieltäytymistä aktivointisuunnitelman laadinnasta tai alle 25-vuotiaiden osalta myös kieltäytymistä kuntouttavasta työtoiminnasta.

Toimeentulotuen ja ansiotulojen yhteensovittaminen

Työnteon kannustavuutta pyritään lisäämään kolmivuotisella kokeilulla, jossa osa ansiotuloista jätettäisiin ottamatta huomioon tukea myönnettäessä. Toimeentulotukilain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain mukaan vähintään 20 prosenttia toimeentulotukea hakevan henkilön tai perheen ansiotuloista jätetään ottamatta huomioon toimeentulotukea myönnettäessä. Huomioon ottamatta jätettävien ansiotulojen määrä on kuitenkin enintään 100 euroa kuukaudessa. Laki on voimassa 1.4.2002 – 31.3.2005. Sen seurauksena arvioidaan noin 12 000 ilman ansiotuloja olevan toimeentulotuen saajan hakeutuvan työelämään. Lisäksi noin 60 000 toimeentulotukea saavan kotitalouden käytettävissä olevien tulojen arvioidaan lisääntyvän. Kokeilun arvioidaan lisäävän kuntien toimeentulotukimenoja, mutta vähentävän samalla valtion asumistukimenoja ja työttömyysturvamenoja sekä lisäävän kunnallisveron tuottoa.

Toimeentulotuen rahoitus

Kunnat maksavat toimeentulotukimenot, mutta saavat valtiolta laskennallista valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksiin. Vuonna 2001 valtionosuus kattoi noin 24 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen menoista. Valtionosuusprosentti on vuonna 2002 runsaan yhden prosenttiyksikön suurempi eli 25,3 prosenttia kuntien laskennallisista sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoista.

Kirjallisuutta

- Asumistuen yhteensovitusryhmän muistio. Toimeentuloturvajärjestelmän analyysi ensi- ja viimesijaisen turvan yhteensovituksen sekä kannustavuuden kannalta. Ympäristöministeriön moniste 86. Helsinki, 2001
- Haapola Ilkka. Onko kotikunnalla väliä? Toimeentulotuen saajien asiakas- ja elämänurat 1990-luvulla kymmenessä kaupungissa. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenian raportteja 37/2001. Lahti, 2001.
- Jäntti M. Onko toimeentulotuesta kannustinloukkujen syntipukiksi. Talous ja yhteiskunta 2000/28: 2, 26-30.
- Keskitalo E., Heikkilä M. ja Laaksonen S. Toimeentulotuen muutokset. Vuoden 1998 perusturvamuutosten arviointitutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2000.
- Lamminpää Kaarina – Mattila Pirkko. Toimeentulotuki 2000. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 2001.
- Ukkola-Kettula A. Toimeentulotuen alueelliset erot 1990 – luvun Suomessa. Teoksessa Loikkanen H. & Saari J. (toim.) Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskusliitto. Helsinki, 2000

3. Sosiaali- ja terveystalvet

3.1. Väestön ja asiakkaiden näkemykset palveluista

Väestön tuki ja tyytyväisyys sosiaali- ja terveystalvetuihin on säilynyt edelleen hyvänä. Kuten luvussa 2.1. todettiin, EU-maista tehdyn selvityksen mukaan liki 80 prosenttia suomalaisista on erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen maansa terveydenhuoltoon. Luku on EU-maiden korkein.

Kotimaiset vuonna 2001 ilmestyneet selvitykset kertoivat hyvinvointipalvelujen tullen olevan hyvä.

Syksyllä 2000 yli neljä viidesosaa arvioi suomalaisen hyvinvointivaltion olevan hintansa arvoinen. Tätä mieltä olevien osuus kasvoi EVA:n selvitysten mukaan 1990-luvulla.

Taulukko 11. Kansalaisten näkemys hyvinvointivaltion merkityksestä ja julkisten palvelujen yksityistämisestä, prosenttia vastaajista

	1992	1996	1998	2000
Vaikka hyvän sosiaaliturvan ja muiden julkisten palvelujen ylläpitäminen maksaa paljon, suomalainen hyvinvointivaltio on aina hintansa arvoinen				
täysin tai jokseenkin samaa mieltä	61	72	74	85
vaikea sanoa	15	12	11	7
täysin tai jokseenkin eri mieltä	24	16	14	9
Maassamme tulisi yksityistää suuri osa julkisia palveluja, jotta palveluiden tuotanto tehostuisi				
täysin tai jokseenkin samaa mieltä	52	40	35	32
vaikea sanoa	22	22	26	16
täysin tai jokseenkin eri mieltä	26	38	39	53

EVA:n selvityksissä on kartoitettu myös kansalaisten näkemyksiä julkisten palveluiden yksityistämisestä tehokkuuden lisäämisen nimissä. 1990-luvun alkupuolella noin joka toinen vastaaja suhtautui yksityistämiseen myönteisesti. Vuoden 2000 syksyllä myönteisesti suhtautuvien osuus oli pienentynyt kolmanteen osaan vastaajista samalla kun kielteisesti yksityistämisasiin suhtautuneita oli jo yli puolet.

EVA:n kyselyssä vastaajia pyydettiin myös nimeämään annetuista vaihtoehtoista tärkeimmät julkisen talouden kehittämiskohdet. Taustaoletuksena oli tilanne, että julkisessa taloudessa olisi varaa panostaa ny-

kyistä enemmän joihinkin toimintoihin. Selkeästi tärkeimmäksi nousi terveydenhuolto. 64 prosenttia kansalaisista katsoi sen julkisen talouden ensiarvoiseksi kehittämiskohteeksi. Tämä kannatusosuus oli selvästi suurempi kuin toiseksi tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi arvioidun poliisin ja sisäisen turvallisuuden (41 %).

Naiset pitivät terveydenhuoltoa tärkeimpänä kehityskohtena useammin kuin miehet. Alueittain tarkasteltuna terveydenhuollon kannatus oli varsin tasainen. Kannatuserot näkyivät tarkasteltaessa asiaa vastaajan iän tai työaseman suhteen. 18-20 -vuotiaista

vain 49 prosenttia asetti terveydenhuollon tärkeimmäksi, 51-60 -vuotiaista taas 72 prosenttia. Muita väestöryhmiä vähemmän terveydenhuoltoa painottivat opiskelijat, yrittäjät ja johtavassa asemassa olevat. Heistäkin puolet tai hieman enemmän määritteli terveydenhuollon julkisen talouden kehittämiskohteiden ykköseksi.

Syksyllä 2001 julkistetun konsultointi- ja tutkimusyhtiö Efektian selvityksen mukaan kuntapalvelujen laatuun ollaan edelleen tyytyväisiä. Tyytyväisyys kotikunnan palveluihin oli suurimmillaan vuonna 1993 ja pienimmillään vuonna 1989.

Valtaosa palvelujen käyttäjistä on tyytyväisiä tärkeimpiin peruspalveluihin. Efektian selvityksessä kaikkiaan 85 prosenttia koululaisten vanhemmista ilmoitti olevansa tyytyväinen ala-asteen toimintaan, yläasteellakin osuus oli 75 prosenttia. Lukion osalta lukema oli 79 prosenttia. Tyytyväisimpiä ollaan opetukseen ja kouluun yleensä. Parantamisen varaa on eniten koulutilojen kunnossa ja varusteissa.

Palvelujen käyttäjät ovat varsin tyytyväisiä myös kunnalliseen terveyskeskukseen kuten myös edellisessä vuonna 1997 tehdyssä tutkimuksessa. Kolme neljästä vastaajista oli tyytyväinen hoidon laatuun, kulkuyhteyksiin, henkilökunnan palvelualltiuteen ja lääkkeiden saantiin. Tyytymättömyyttä aiheuttavat edelleen eniten jonotusaika ja ajan saanti. Jonotusaikaan tyytymättömiä oli vajaa kolmannes ja ajan saantiin runsas viidesosa asiakkaita.

Päivähoidon palvelut saavat käyttäjiltä korkean arvosanan. Esimerkiksi hoitopaikkaan tyytyväisiä oli 95 prosenttia vastaajista. Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajan palveluihin oli tyytyväisiä 84 prosenttia käyttäjistä. Sen sijaan tyytyväisyys vanhusten hoitoon on jonkin verran vähentynyt vuodesta 1997. Tyytymättömiä on nyt 18 prosenttia. Vanhustenhoidossa halutaan eniten kotihoidon tehostamista ja

vanhusten asuin- ja palvelutaloja. Kehittämismavaihtoehdoista vähiten saa kannatusta yksityisten asuin- ja palvelutalojen lisääminen.

Helsingin kaupungin omissa vanhainkohteissa tehdyt selvitykset osoittivat omaisten tyytyväisyyden läheisensä saamaan hoitoon kasvaneen vuodesta 1998 vuoteen 2001. Jälkimmäisenä vuonna 92 prosenttia vastaajista totesi olevansa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen hoitoon ja omaisten antamien hoidon laatua kuvaavien arvosanojen keskiarvo oli 8,3. Vastaavat luvut olivat kolme vuotta aiemmin 86 prosenttia ja 7,3.

3.2. Palvelujen kustannukset ja tuotanto

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden olivat keskimäärin noin 1 815 euroa vuonna 2000. Kaupunkimaisissa kunnissa kustannukset olivat 1 865 euroa, taajaan asutuissa kunnissa 1 700 euroa ja maaseutumaisissa kunnissa 1 780 euroa.

Yli 2 185 euron asukaskohtaisiin kustannuksiin yllettiin 9 kunnassa. Suurimman ja pienimmän asukaskohtaisen kustannuksen suhde oli 1,95-kertainen. Kuntien väliset erot pysyvät huomattavan suurina myös tarvevakiointien jälkeen.

Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen perustuu pääosin kuntien ja kuntayhtymien omaan tuotantoon. Palvelujen hankinta yrityksiltä ja ns. kolmannelta sektorilta rajoittuu yksittäisiin osasuoritteisiin ja toimenpiteisiin tai laajuudeltaan suhteellisen pieniin kokonaisuuksiin.

Lääkärilakon seurausvaikutukset alkaneet näkyä

Vuoden 2001 lääkärilakko kesti yli viisi kuukautta. Lakon päättäneen sopimuksen kustannusvaikutukseksi arvioitiin 10,5 prosenttia eli lähes kaksinkertainen tulopoliittiseen sopimukseen verrattuna. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja Lääkäriliiton yhteisten palkkatilastojen mukaan kunnallisten lääkärien keskimääräiset kuukauden kokonaisansiot nousevat kahden vuoden aikana 4 460 eurosta 4 930 euroon. Sopimus nostaa kuntien ja kuntayhtymien työvoimakustannuksia liki 100 miljoonaa euroa. Lisäksi kunnat ja kuntayhtymät joutuvat maksamaan myös jonojen purkamisesta ja palvelujen normalisoimisesta aiheutuvia kustannuksia. Esimerkiksi Helsingin kaupunki aikoi käyttää noin 17 miljoonan euron verran rahaa vuoden 2001 puolella jonojen purkamiseen muun muassa ostamalla toimenpiteitä ja palveluja HUS:n ulkopuolisilta tuottajilta.

Yksityisen sektorin laajentumia

Mehiläinen-konsernista on tullut Suomen johtava yksityinen terveydenhuoltopalvelujen tuottaja. Yhtiö syntyi vuonna 2000, kun Sairaalaosakeyhtiö Mehiläinen ja turkulainen Tohtoritalo-konserni fuusioituivat. Järjestelyyn osallistuivat pääomasijoittajat Capman Capital Management Oy ja Sitra, jotka yhdessä omistavat enemmistön yhtiöstä. Vuoden 2001 loppupuolella konsernin toiminta oli laajentumassa Vaasaan ja Kuopioon.

Tampereella aloittaa vuoden 2002 syksyllä toimintansa tekonivelsairaala Coxa. Tekonivelsairaala toimii osakeyhtiönä, jonka omistajina ovat saksalainen sairaalayhtiö Wittgensteiner Kliniken AG, neljä sairaanhoitopiiriä, neljä kuntaa ja Invalidisäätiö.

RAY:n avustusten jakoon huomiota

Vuonna 2002 Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustuksia jaetaan 279,5 miljoonaa euroa yli 1 100 yleishyödylliselle yhdistykselle tai säätiölle. Jaettavasta määrästä investointiavustuksia on 84 miljoonaa euroa. Investointiavustusten turvin voidaan vuonna 2002 aloittaa noin 1300 asunnon rakentaminen ja hankkiminen erityisryhmille. Pääosin avustukset suuntautuvat kuitenkin järjestötoiminnan edellytysten turvaamiseen 126 miljoonalla eurolla sekä kokeilu- ja kehittämistoimintaan 71 miljoonalla eurolla. Kehittämishankkeilla aloitetaan muun muassa päihdeäitien hoidon kehittäminen ja lasten iltapäivähoidon kehittäminen sekä lisätään huumetyön ja maahanmuuttajatyön rahoitusta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien välisen kilpailun esteiden vähentäminen ovat olleet esillä useissa eri yhteyksissä. Keskustelua käytiin vuonna 2001 muun muassa RAY:n avustusten vaikutuksista kilpailuasetelmiin. Vuoden 2001 aikana hyväksyttiin laki raha-automaattivastuksista, jossa todetaan avustuksen myöntämisen yhtenä yleisenä edellytyksenä olevan, että avustuksen myöntämisen ei arvioida aiheuttavan muita kuin vähäisiä kilpailua ja markkinoiden toimintaa vääristäviä vaikutuksia. Saman lain mukaan avustuksensaaja voi myös antaa avustetuissa tiloissa harjoitettavan toiminnan jonkun muun järjestettäväksi, mikäli toiminnan käyttötarkoitus säilyy samana. Toiminnan järjestäjä voi olla myös yksityinen yritys. Näillä lainsäädännön muutoksilla on yritetty osaltaan vähentää kilpailun esteitä raha-automaattitukien piirissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö, Suomen Yrittäjät ry, Palvelutyönantajat ry, Suomen Kuntaliitto ja Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöyhdistys YTY ry neuvottelivat myös vuoden 2001 aikana siitä, miten kilpailu otetaan konkreettisesti tulevilla avustusten jakokierroksella.

silla huomioon. Tällä hetkellä tilanne näyttää olevan se, että ainakaan päihde- mielenterveys ja vammaissektorit eivät ole sellaisessa vaiheessa, että kilpailusta koi- tuisi suuria hyötyjä. Yrittäjien kiinnostus kohdentuu pääosin vanhustenhuollon alu- eelle. Raha-automaattiyhdistyksen uusissa vanhustenhuollon investointihankkeissa avustuksensaajaa ohjataan ottamaan huo- mioon hankkeen toteutuksessa julkisia hankintoja ja kilpailuttamista koskeva lain- säädäntö.

Laboratoriotoiminnan ylikapasiteetti

Suomessa on noin 1 500 klinistä laborato- riota. Eräiden arvioiden mukaan laborato- riokapasiteettia on 50 prosenttia yli tar- peen. Tuotantokustannukset pienenevät la- boratorioiden automaatioanalytiikan ke- hittymisen myötä jo 1980-luvulla selvästi alle Kelan taksoihin sidottujen myyntihin- tojen. Kelan korvausperusteisiin tai mak- settujen korvausten määrään kehitys ei ole vaikuttanut. Kelan maksama keskimääräi- siä tuotantokustannuksia huomattavasti korkeampi taksa on luonut ylitarjontaa alalle, mahdollistanut ylisuuria voittoja ja voittojen käyttämistä muiden toimintojen rahoittamiseen.

Vuonna 2001 laboratoriopalveluiden yli- tuotantoon ja epäkohtiin kiinnittivät huo- miota muun muassa valtioneuvoston tilintarkastajat vuoden 2000 kertomuksessaan sekä labo- ratoriotutkimusten tuottamista, kustannuk- sia ja korvauksia selvittelleet selvitysmiehet raportissaan.

Usean rahoituslähteen selvitystarvetta

Yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja rahoitetaan myös julkisella tuella eri tavoin. Rahoituksen osallistuvien taho- jen (valtio, Kela, RAY ja asiakkaat) keski- näisten vuoro- ja kannustevaikutussuhteiden merkitys on kokonaisuutena vaikea hahmottaa ja hallita.

Monikanavaisen rahoituksen haitat on alettu tunnistaa. Pahimmillaan ne johtavat sekä kokonaisuuden että asiakkaiden kan- nalta tehottomaan ja epäoikeudenmukai- seen toimintaan. Asia tuli esille muun mu- assa terveydenhuollon kansallisessa hank- keessa. Myös valtion tilintarkastajat ottivat asian esille vuoden 2000 kertomuksessaan ja totesivat nykyisen monikanavaisen sosi- aali- ja terveyspalvelujen rahoitusjärjestel- män kaipaavan kokonaisvaltaisempaa kor- jausta. Samankaltaiseen arvioon päätyi myös valtiovarainministeriön asettama Pe- ruspalvelut 2000 -työryhmä muistiossaan.

Ostopalvelutoiminnan ajallinen ja toi- minnallinen laajentuminen

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö- malleissa jokin julkisen sektorin intressissä oleva palvelu tai hanke järjestetään mo- lempien sektoreiden yhteistyönä. Mallit pe- rustuvat julkisen ja yksityisen sektorin usein laaja-alaisiin ja pitkäkestoisin sopi- muksiin. Niissä julkinen valta tilaa palve- lut, mahdollisesti auttaa investointirahoit- tuksessa ja yksityinen osapuoli rahoittaa, suunnittelee, rakentaa ja tuottaa palvelut julkisen tilaajan toiveiden perusteella so- vittua korvausta vastaan.

Tällainen julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuusmalli voidaan nähdä ostopal- velusopimusten laajennuksena sekä sopi- musten ajallisen keston että niiden laajuu- den suhteen. Monesti kuntien ostopalvelu- sopimukset ovat olleet 1 - 2 vuoden sopi- muksia suppeista palvelu- tai toimintaloh- koista (esim. pesulapalveluista). Kumppanuusmalleissa sopimuskausi on useim- miten useita vuosia ja koskee laajaa pal- velualueita. Näiden kahden ääripään välillä voi olla malleja, joissa sopimuskausi voi olla muutamia vuosia ja sopimisen kohteen laajuus keskisuuri. Kumppanuusmalleissa korostuvat perinteisiä tilaaja-tuottaja - malleja enemmän tilaajan tietotaito ja neu- votteluvoima.

Maassamme varsinaista kumppanuusmallia ei ole käytetty terveydenhuollossa. Koulutoimen osalta tapahtui avaus alkusyksystä 2001 Espoon kaupungin päättäessä lukion, uimahallin ja liikuntakeskuksen rakentajaksi NCC-Finland -projektityhtiön, jossa ovat mukana myös ABB-Installaatiot ja Sodexo Oy. Kaupunki huolehtii vain opetuksen järjestämisestä. Tilaajana kaupunki ostaa käyttöönsä toimitiloja tarvitsemansa ajan. Muun ajan tilat ovat projektityhtiön käytettävissä ja vuokrattavissa muille. Kiinteistön ylläpito- ja peruskorjausriskit ovat kokonaan projektityhtiöllä. Rakennuksen tulee olla valmis kesäkuun lopussa vuonna 2003. Tämän jälkeen alkaa palvelujakso, joka päättyy vuonna kesäkuun lopussa vuonna 2028.

Englannissa vuoden 1991 terveydenhuollon uudistus merkitsi paitsi tilaaja-tuottaja -mallien käyttöönottoa mutta myös kiinnostuksen heräämistä yksityisen rahoituksen käyttämiseen terveydenhuollossa ns. PFI-mallin (the Private Finance Initiative) mukaan. Mallissa on useimmiten kyse siitä, että yksityinen sektori rakentaa tiloja kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän tilauksesta. PFI-malli alkoi saada suurempaa merkitystä vasta 1990-lopussa hallituksen otettua selvästi aiempaa myönteisemmän kannan malliin. Budjettivuonna 2003/2004 PFI-mallin osuus kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän päämenoista arvioidaan nousevan 22 prosenttiin.

Laatu- ja muut suositukset yleistyvät

Valtioneuvoston hyväksymän vuosia 2000-2003 koskevan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaisesti kuntien laadunhallintatyön tueksi valmistellaan ohjelmakauden aikana sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Suomen Kuntaliiton ja palvelujen käyttäjien yhteistyönä laatusuosituksia, jotka sisältävät tarvittaessa myös suosituksia henkilöstön mitoitusterusteista. Ohjelman mukaan

suositukset valmistellaan ajallisesti porrastettuina ainakin seuraavilta alueilta: vanhustenhuolto, mielenterveyspalvelut, kouluterveydenhuolto, vammaisten asumispalvelut, ja päihdetyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat keväällä 2001 laatusuosituksen, joka käsitteli ikäihmisten hoitoa ja palveluja. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus annettiin marraskuussa 2001. Suositukset eivät sido kuntia, vaan kunnat voivat kehittää palvelujaan suositusten pohjalta. Muita tavoite- ja toimintaohjelmassa mainittuja alueita sekä apuvälineitä koskevat suositukset ovat valmisteilla.

Erityistason sairaanhoidon järjestämistä koskeva uudistettu ohje tuli voimaan lokaan 2001 alussa. Ohjeessa suositellaan alueellisesti keskitettäväksi sepelvaltimoiden pallolaajennushoito, polven ja lonkan tekonivelleikkaukset sekä lasten ja nuorten reumaa sairastavien potilaiden leikkaushoito.

Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeen tavoitteena on laatia Suomeen soveltuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Tiiviit ja helppolukuiset hoitosuosituksukset toimivat tukena lääkärin käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Vuoden 2001 lopussa oli valmistunut yli 30 suositusta. Uusimmat suositukset koskivat skitsofrenian hoitoa, munasarjasyöpää, taittovirheiden kirurgista hoitoa ja kohonneen verenpaineen hoitoa.

Toiminnan tulokset julkiseen puntariin

Hoidon saatavuuden, hoitokäytäntöjen sekä hoidon lopputulosten erot ovat nousseet esille yhä voimakkaammin. Tavallisimpienkin vuodeosastohoidon voimavaroja kuluttavien sairauksien hoitofrekvensseissä

ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on suuria eroja. Perusleikkauksissa erot ovat suurimmillaan viisinkertaisia ja harvinaisemmissa toimenpiteissä jopa kymmenkertaisia. Myös jonotusaikojen pituuksissa on huomattavan suuria eroja eri sairaanhoitopiirien kesken. Lisäksi hoidon lopputuloksissa on edelleen suuria eroja. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkausten uusintaleikkausten määrä suhteessa väestön määrään vaihtelee noin kolminkertaisesti sairaanhoitopiirien kesken. Polven tekonivelleikkauksissa vaihtelu on tätäkin suurempi. Joka kymmenes sairaalassa hoidettu saa sairaalainfektion. Infektioita tapahtuu etenkin kirurgiassa, tehohoidossa ja syöpäklinikoilla, joilla annettu hoito on kallista. Vuosittain maassamme kuolee sairaalainfektiioon arviolta 3 000 - 4 000 potilasta. Tästä määrästä arvioidaan kolmasosan olevan ehkäistävissä.

Monissa maissa on alettu julkistaa hoitoa koskevia kustannus-, saatavuus- ja lopputulostietoja myös internetissä. Myös Suomessa samankaltainen kehitys on odotettavissa. Maassamme erikoissairaanhoidon saatavuutta selittänyt selvitysmies esitti, että sairaanhoitopiirien väestölle tiedotetaan jonotustilanteesta säännönmukaisesti ja että jonotiedot saatetaan sähköiseen muotoon vapaata tarkastelua varten tietosuoja- ja tietosuojakohdat huomioiden.

Tietoteknologiaan panostettu

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian toimeenpanoa on jatkettu etenkin laajentamalla ja syventämällä Makropilottiprosessia. Eduskunnan hyväksymä laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta antoi uusille alueille mahdollisuuden tulla mukaan strategiaan sisältyviä toiminnallisia ja teknisiä uudistuksia kehittämään ja toteuttamaan. Uusiksi alueiksi on sosiaali- ja terveysministeriö hyväksynyt Satakunnan

alueen, pääkaupunkiseudun toimijoita kuten myös toimijoita Pirkanmaalta ja Raahen seudulta. Toisaalta on ministeriö antanut Stakesille tehtäväksi tehdä esityksiä muun muassa sähköiseen arkistointiin liittyvien kysymysten ratkaisemiseksi.

Ministeriö on myös antanut Stakesille tehtäväksi vastata saumattoman palveluketjun kokeilun edellyttämästä valtakunnallisesta koordinaatiosta ja arvioinnista. Teknologiauettujen saumattomien palveluiden juurruttamishanke on yksi sosiaali- ja terveysministeriön nk. tulevaisuuspaketin rahoilla vuosina 2001-2003 toteutettavista hankkeista. Tulevaisuuspaketin varoilla on myös käynnistetty sosiaalihuollon konsultatiohanke, missä tietoteknologian avulla pyritään tukemaan verkottuneiden työmuotojen kehittymistä sosiaalihuollossa ja tekemään työssä tarvittavat tietosisällöt paremmin saavutettaviksi.

Lisäksi on panostettu voimavaroja vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistämiseen. ITSE -hankkeessa pyritään parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja kuntalaisten osaamista organisoimalla koulutusta ja luomalla uusia toimintaverkostoja. Toiminnassa keskitytään hyödyntämään teknologian mahdollisuuksia kommunikaatiossa ja asumisessa.

Valtioneuvoston päättämän tulevaisuuspakettirahoituksen ansiosta edellä kuvattuun tietoteknologian kehittämistoimintaan on vuosina 2000-2003 käytettävissä noin 10 miljoonan euron rahoitus tavanomaisten tutkimus- ja kehittämisrahojen lisäksi. Tämän perusrahoituksen turvin on tuettu muita alueiden kehittämispyrkimyksiä muun muassa rakentaessa yhteensopivaa tietoteknologiaa, videoneuvotteluyhteyksiä ja informaatiopalveluja. Tässä työssä myös EU:n rakennerahastovaroilla on ollut huomattava merkitys.

Työvoiman saatavuuden varmistamiseen huomiota

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista huolehtii Suomessa kuntasektorilla noin 233 000 työntekijää. Heistä työskentelee terveystalveissa 121 000 ja sosiaalitoinessa 112 000 henkilöä. 1990-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keski-ikä kasvoi vajaan 39 vuodesta 43 vuoteen. Alan työttömyys pysyi muista toimialoista pienempänä ja väheni vuosikymmenen loppupuolelta kohden. Terveystalveissa työttömyysaste oli selvästi pienempi kuin sosiaalihuollossa. Terveystalveksu-lääkäreistä ja erikoislääkäreistä alkoi olla pulaa 1990-luvun loppupuolella. Työvoiman saanti vaikeutuu edelleen, sillä arvioiden mukaan vuosina 2001 - 2010 huomattavan suuri määrä sosiaali- ja terveydenhuollon tekijöitä siirtyy eläkkeelle. Kuntasektorin sosiaali- ja terveystalvealan työntekijöistä arvioidaan eläkkeelle lähtevän tänä aikana 50 000 työntekijää tai jopa enemmän.

Sosiaali- ja terveystalvealan henkilöstön riittävyttä tulevaisuudessa selvittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta arvioi, että yli 65-vuotiaiden käyttämiin hoito- ja hoivapalveluihin tarvitaan 6 300 työntekijää lisää korjaamaan nykyistä vanhustenhuollon henkilöstön vajetta. Sosiaali- ja terveystalvealujen kasvavaan tarpeeseen toimikunta arvioi tarvittavan 12 000 työntekijää lisää vuoteen 2010 mennessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työllisten määrän kasvuksi ajanjaksona 1995 - 2015 toimikunta arvioi perusravaihtoehdossa runsas 59 000 henkilöä (1,1 %/v.) ja tarveuravaihtoehdossa noin 78 000 (1,4 %/v.).

Toimikunnan keskeisiä ehdotuksia oli koulutuksen aloituspaikkamäärien lisääminen. Toimikunnan mukaan ammatillisen sosiaali- ja terveystalvealan peruskoulutuksen aloituspaikkojen määrää tulisi korottaa 640 - 1 140 paikkaa vuotta kohden eli 8 500 -

9000 paikalla vuosina 2002 - 2010. Vastava korotustarve ammatikorkeakoulutuksessa arvioitiin 350 - 1 050 paikaksi vuosittain eli yhteensä 7 200 - 7 900 paikkaa ja yliopistokoulutuksessa (pl. lääkärit ja hammaslääkärit) 130 - 330 paikaksi vuosittain eli yhteensä 1 400 - 1 600 paikkaa. Lisäksi toimikunta halusi lisätä lääkäreiden koulutusta jo syksyllä 2001. Tämä toteutuinkin, kun lääkärikoulutukseen otettujen määrää lisättiin 480 opiskelijasta noin 550 opiskelijaan. Koulutusmäärän edelleen kasvattaminen on sittemmin ollut esillä muun muassa terveydenhuollon kansallisessa hankkeessa.

Osaamiskeskukset käyntiin

Sosiaali-alan osaamiskeskusten tarkoituksena on vahvistaa sosiaali-alan käytännön työn, koulutuksen ja tutkimuksen yhteyttä sekä erityisosaamista alue- ja paikallistasolla. Osaamiskeskusten toiminta vakinaistui vuoden 2002 alusta lähtien, kun niiden tehtävät vahvistettiin ja varat niiden perustoimintoihin turvattiin tällöin voimaan tulleen lain myötä.

Osaamiskeskusten toimialueet ovat maakuntapohjaisia ja ne kattavat kaikki kunnat. Kunnille osaamiskeskustoimintaan osallistuminen on vapaaehtoista, mutta tavoitteena on, että kaikki kunnat osallistuvat oman toimialueensa osaamiskeskusten toimintaan. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on ruotsinkielinen osaamiskeskus.

Kuntien ohella keskeisimmät osaamiskeskusten muodostaja- ja yhteistyötahot ovat yliopistot, ammatikorkeakoulut ja muut alan oppilaitokset, maakuntien liitot, lääninhallitukset sekä sosiaali- ja terveystalvealan järjestöt. Stakes on keskeinen yhteistyökumppani kaikille osaamiskeskuksille.

Vuoden 2001 lopussa eri puolilla maata tehtiin valmisteluja pysyvästä organisoimisesta ja valmistauduttiin rekrytoimaan

henkilöstöä. Perustoimintoihin tarkoitettu valtionavustus on vuonna 2002 kolme miljoonaa euroa. Se jaetaan alueellisille osaamiskeskuksille väestömäärän ja pinta-alan mukaan. Alueellisten osaamiskeskusten lisäksi perusrahoituksen saa ruotsinkielinen osaamiskeskus, jonka rahoitus perustuu ruotsinkielisen väestön määrään.

3.3. Maksupolitiikan rooli palvelujen rahoituksessa

3.3.1. Lähtökohtia

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen maksupolitiikka sisältää ne periaatteet ja tavoitteet, joita maassa noudatetaan päätettäessä maksujen perusteista ja tasosta. Maksupolitiikka koskee sekä kunnallisista palveluista perittäviä maksuja että sairausvakuutuksen omavastuita.

Asiakasmaksuilla voi olla periaatteessa kahdenlaisia tavoitteita eli palvelujen rahoituksellisia tavoitteita sekä erilaisia lähinnä palvelujen käyttöön liittyviä ohjaamistavoitteita. Rahoitukselliset tavoitteet liittyvät sen ohjaamiseen, kuinka suuren osan palvelun kustannuksista käyttäjä tai hänen kotitaloutensa maksaa itse palvelun käytön yhteydessä ja kuinka suuri osuus palvelujen kustannuksista rahoitetaan yhteisvastuullisesti veronmaksajien tai vakuutettujen kesken. Tähän kuuluu myös kysymys palvelujen rahoitusvastuun kohdentumisesta eri väestöryhmiin.

Asiakasmaksuilla ja omavastuuosuuksilla on myös haluttu vaikuttaa palvelujen kysyntään, tarjontaan ja rakenteeseen. Mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen tarvitsijan, käyttäjän ja järjestäjän valintoihin ja kus-

tannuksiin ovat erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaloikoilla.

Asiakasmaksuilla ei ole ollut vuodesta 1993 lähtien vaikutusta valtionosuuteen. Etenkin terveydenhuollossa asiakasmaksut maksetaan usein palvelujen tuottajille kuten sairaaloille.

Yksityisten terveyspalvelujen käytöstä kansalaisille aiheutuvia kustannuksia korvataan sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Vapaaehtoisten vakuutusten merkitys on vähäinen asiakkaille aiheutuneiden sairastumiskulujen korvaajana. Yksityisiä hoitovakuutuksia ei vielä ole Suomessa tarjolla. Kansaneläkelaitoksen maksama eläkkeensaajien hoitotuki ja muut rahana maksettavat vammaisetuudet on tarkoitettu korvaamaan vamman tai sairauden aiheuttamia erityiskustannuksia, haittoja ja avuntarvetta.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen maksutulot olivat vuonna 1999 runsaat 950 miljoonaa euroa (5 655 milj. mk) eli vajaat 9 prosenttia sosiaali- ja terveystoimen menoista (taulukko 12). Vuodesta 2000 alkaen terveydenhuollon maksukatto ja maksuton esiopetus alentavat jonkin verran maksutulojen osuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa.

Väestön ikääntyminen ja kasvava palvelutarve, sosiaaliset perusoikeudet, uudet palvelujen tuotanto- ja rahoitustavat, pyrkimys kannustavaan sosiaaliturvaan ja kansainvälistyminen ovat osa maksupolitiikan toimintaympäristöä. Palvelurakenteen muutos vaikuttaa maksukertymiin ja maksut palvelujen kehitykseen.

Taulukko 12. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset sekä maksutulot vuosina 1994 - 1999 vuoden 1999 rahassa

	1994	1996	1998	1999
Sosiaali- ja terveystoimi yhteensä				
Kustannukset, milj. euroa	10 339	10 705	10840	10 973
Maksutulot, milj. euroa	973	1 008	920	951
Maksutulot, % kustannuksista ¹	9,4	9,4	8,5	8,7
Siitä				
Erikoissairaanhoido				
Kustannukset, milj. euroa	3 030	3 145	3 278	3 296
Maksutulot, milj. euroa	228	217	182	191
Maksutulot, % kustannuksista	7,5	6,9	5,5	5,8
Perusterveydenhuolto				
Kustannukset, milj. euroa	2 138	2 191	2 156	2 180
Maksutulot, milj. euroa	255	255	239	246
Maksutulot, % kustannuksista	11,9	11,6	11,1	11,3
Lasten päivähoito				
Kustannukset, milj. euroa	1 153	1 357	1 434	1 475
Maksutulot, milj. euroa	171	206	221	226
Maksutulot, % kustannuksista	14,9	15,2	15,4	15,3
Vanhusten laitospalvelut				
Kustannukset, milj. euroa	669	687	632	640
Maksutulot, milj. euroa	113	123	122	127
Maksutulot, % kustannuksista	16,9	17,9	19,3	19,8
Kotipalvelu				
Kustannukset, milj. euroa	376	415	404	438
Maksutulot, milj. euroa	50	54	58	60
Maksutulot, % kustannuksista	13,2	13,1	14,4	13,6
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut				
Kustannukset, milj. euroa	434	537	561	671
Maksutulot, milj. euroa	47	54	58	66
Maksutulot, % kustannuksista	10,8	10,0	10,3	9,8

Taulukossa mainittujen palvelujen maksujen rahoitusosuus on hieman suurempi (9-10 %), koska sosiaali- ja terveystoimen kokonaiskustannuksissa on mukana muun muassa lasten kotihoidon tuki.

Lähteet: Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö

Palvelutarjonnan vaihtoehtojen lisääntyminen asettaa haasteita julkisen sektorin asiakkaiden valintaperusteille, asiakasmaksuille ja sille, mitä palveluja rahoitetaan julkisin varoin. Kansainvälistyminen aiheuttaa paineita veroasteen alentamiseen. Toisaalta useissa maissa on myös otettu käyttöön uusia pitkäaikaishoidon rahoitusmalleja. Saksassa ja Japanissa otettiin

käyttöön pakollinen hoitovakuutus ja Itä-vallassa verovaroin rahoitettava hoitoraha.

Vuonna 2000 voimaan tulleen perustuslain 19 §:n mukaan "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä". Siksi maksupolitiikan sisältöä ja

maksupoliittisia ratkaisuja joudutaan arvioimaan myös perustuslain valossa.

Maksupolitiikka arvioitaessa on otettava huomioon, että terveyspalvelujen ja lasten, vammaisten ja vanhusten palvelujen maksuihin liittyy kuhunkin omia erityiskysymyksiä. Muun muassa edellytykset omavastuun lisäämiseen vaihtelevat.

3.3.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan nykytila

Maksupolitiikan periaatteita ja tavoitteita pohdittiin viimeksi laajasti 1990-luvun alussa sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnassa. Maksupolitiikkatoimikunnan asettamat maksupolitiikan periaatteet olivat:

1. Palvelujen rahoittaminen pääosin vero-varoin
2. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Sen katsottiin edellyttävän jatkuvasti käytettävistä palveluissa maksujen suhteuttamista palvelun käyttäjän maksukykyyn.
3. Palvelujen käyttäjien tasa-arvoinen asema riippumatta asuinkunnasta. Tämän ei kuitenkaan katsottu estävän kuntakohtaisia eroja maksujen suuruudessa.
4. Sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettujen yleisten tavoitteiden tukeminen. Toimikunnan mukaan maksuilla, maksujen porrastuksella tai maksuttomuudella voidaan ohjata väestöä käyttämään yhteiskunnan kannalta tarkoituksemukaisia palveluita.
5. Kuntien vapauden ja vastuun lisääminen maksuja määrättäessä.

Nykyinen maksujärjestelmä perustuu maksutoimikunnan työhön. Lähtökohtana oli, että maksuttomat palvelut määritellään laissa ja että asetuksessa määritellään keskeisten palvelujen maksujen enimmäismäärät, joiden rajoissa kunnat voivat itse päättää maksuista.

Valtakunnallisen sääntelyn aste vaihtelee eri palveluissa. Kaikista maksuista kuten esimerkiksi omaishoidon tuen ja vanhusten palveluasumisen maksuista ei ole lainkaan erityissäännöksiä.

Maksulakiin ja -asetukseen on tehty vuosien mittaan monia muutoksia. Niistä merkittävimmät koskevat lasten päivähoidon maksuja ja terveydenhuollon maksukattoa, jotka kumpikin määritellään laissa. Lisäksi on muun muassa otettu käyttöön suoritepohjainen päiväkirurgian maksu. Sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden, matkakustannusten ja yksityislääkärin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon omavastuuosuuksissa on tehty muutoksia, jotka ovat nostaneet omavastuuosuuksia.

Asiakasmaksuja koskevat lait ja asetukset on säädetty vuosien mittaan eri aikoina. Muutokset on usein heikosti yhteensovitettu muihin maksuihin, palvelurakennemuutoksiin sekä sosiaalipoliittisiin ja taloudellisiin ratkaisuihin. Maksuja muutettaessa on tarkasteltu usein yksittäistä maksua, jolloin laajempi maksupoliittinen linjaus on jäänyt usein huomiotta. Yhä epäselvemmäksi on jäänyt se, millaisten sosiaalipoliittisten tai muiden tavoitteiden saavuttamista maksujen muutoksilla halutaan edistää. Ilmeistä tarvetta onkin sen selkeyttämiseen, mihin tavoitteisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuilla pyritään.

Muutosten tuloksena syntynyt asiakasmaksunormisto on muodostunut hyvin vaikeaselkoiseksi niin asiakkaille kuin muillekin osapuolille. Maassamme on vain muutamia asiantuntijoita, jotka hallitsevat sekä sosiaali- että terveydenhuollon maksusäännökset. Maksuasioita työkseen käsittelevät henkilöt eivät hallitse eriaikaisia, yksityiskohtaisia ja tulkinnaa varaa jättäviä säännöksiä. Maksunormisto ja siihen perustuvat maksukäytännöt eivät täytä läpinäkyvyyden vaatimuksia asiakkaiden tai kuntien ja valtion viranomaisten kannalta.

Myös palvelurakenteiden ja maksupolitiikan toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset ja tulevaisuuden näkymät puoltavat maksupolitiikan tavoitteiden ja periaatteiden uudelleenarviointia. Maksupolitiikalle asetettaviin tavoitteisiin vaikuttavat monet seikat: Kokonaisnäkemys sosiaaliturvan perustavoitteista ja palvelujen roolista väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäjinä ja sosiaalisen turvallisuuden takaajina, julkisten palveluiden kustannuksia ja rahoitustapaa koskevat yleiset näkökohdat (mm. veroasteelle asetettavat vaatimukset) sekä palvelujen käytön ohjauspyrkimykset (kannustimet asiakkaille, tuottajille ja kunnille).

3.3.3. Erilaiset maksutyytit ja niiden vaikutukset

Käytössä olevat maksut on suhteutettu palvelutyyppiin ja siihen, mikä on yhteiskunnan ja asiakkaan intressi niiden käyttöön. Palveluja järjestetään maksuttomina, kun yhteiskunnan intressi palvelujen käytön edistämiseen suuri. Osa maksuista on palvelusuoritteista perittäviä tasamaksuja, jotka ovat yhtenäisiä eri tarjoajilla (esim. sairaalan hoitopäivämaksu lyhytaikaishoidossa). Käyttäjän osuus voi olla myös omavastuuosuus (asiakas maksaa tietyn prosenttiosuuden tai markkamäärän hoitokustannuksistaan). Omavastuu voi myös ulottua tiettyyn kustannusten enimmäismäärään asti, jolloin asiakas maksaa palvelusta 100 prosenttia tiettyyn enimmäismäärään asti, jonka jälkeen vakuutuskorvaukset tai maksukatot tulevat voimaan.

Osa maksuista on tuloihin suhteutettuja maksuja. Tuloihin suhteutettuja maksuja peritään esimerkiksi lasten päivähoitosta, säännöllisestä kodinhoitoavusta ja kotisairaanhoidosta sekä pitkäaikaisesta laitoshoidosta. Näiden maksujen tasoon ja kertymään vaikuttavat työllisyys, palkka- ja eläketaso sekä pääomatulot.

Tulosidonnaisissa maksuissa maksuista tulee yksi tulontasauksen väline verotuksen ja tulonsiirtojen rinnalle. Tuloksena voi olla tulo- ja kannustinloukkuongelmia, mahdollisesti myös sosiaaliturvan legitimitettiin liittyviä ongelmia. Pääasiassa verovaroin rahoitettavassa järjestelmässä asiakasmaksujen tulosidonnaisuus voidaan asettaa kyseenalaiseksi universaalisuusperiaatteen ja sosiaalisten perusoikeuksien näkökulmasta.

Maksuttomat palvelut ovat herättäneet väitteitä maksuttomien palvelujen turhasta kustannuksia lisäävästä käytöstä ja heikosta arvostuksesta. Tämän tyyppiset väitteet on kuitenkin arvioitu heikosti perustelluiksi ainakin terveydenhuollossa.⁷

Terveydenhuollossa asiakasmaksuilla voidaan vaikuttaa lähinnä ensikäynteihin, joissa asiakkaalla on aitoa päätäntävaltaa. Palveluketjun myöhemmissä vaiheissa lääkärin rooli on ratkaiseva palvelujen käyttöpäätöksissä. Eräissä terveyspalveluissa kuten hammashuollossa asiakkaiden päätäntävalta on suurempi.

Asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien korottaminen eivät välttämättä vaikuta suoraan palvelujen kokonaismenoihin, mutta ne siirtävät tuloja palveluja käyttäviltä palveluja käyttämättömille veronmaksajille ja vakuutetuille. Mitä suuremmat ovat maksujen korotukset sitä useammalle pitäisi antaa maksuvapautus tai alentaa maksuja. Tämä lisäisi hallinnollisia kustannuksia. Tulonjaon kannalta maksujen korotusten vaikutukset ovat regressiivisiä. Maksut yleisimmin pahentavat toimeentuloeroja, sillä maksut ja niiden kasautuminen koskevat usein erityisesti pienituloisia. On myös otettava huomioon substituutiovaikutukset: jonkin palvelun maksun nostaminen voi li-

⁷ Erilaisia maksutyyppisiä on kuvattu ja arvioitu yksityiskohtaisemmin J. Niemelän selvityksessä: Terveydenhuollon asiakasmaksut. Mistä tosiasiasta on kyse STM:n selvityksiä 1999:2.

sätä sitä korvaavan palvelun kysyntää, jos korvaavan palvelun hinta ei nouse.

3.3.4. Maksuihin liittyviä erityiskysymyksiä

Maksujen ja omavastuuosuuksien taso ja kasautuminen avohoidossa

Asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja pyritään usein yhteensovittamaan. Sen sijaan asiakasmaksu voidaan määrätä kustakin palvelusta erikseen. Käyttäjän ja muidenkin osapuolten näkökulmasta olisi tärkeää tarkastella yksittäisten maksujen lisäksi maksuista syntyvää kokonaisrasitusta.

Paljon palveluja tarvitsevilla kotitalouksilla avohoidon tulosisidonnaiset maksut saattavat olla jo melko matalilla tulotasoilla huomattavia. Myös kasautuvista tasamaksuista ja omavastuuosuuksista voi muodostua merkittävä menoerä. Vaikka yksittäiset palvelut ovat kohtuuhintaisia, yhteenlaskettuna maksuista ja omavastuuosuuksista syntyvä rasitus voi olla niin suuri, että kotitalouden toimeentulo heikentyy merkittävästi (taulukko 13).

Kunnat voivat käyttää yhteensovituksessa maksuasetuksessa säädettyä mahdollisuutta alentaa maksuja normaaliperusteiden mukaisista maksuista. Maksujen alentamisen perusteet eivät kuitenkaan ole selkeitä ja yhdenmukaisia.

Avohoidossa ei ole säännelty maksujen jälkeen kotitaloudelle jääviä vähimmäiskäyttövaroja. Jotkut kunnat ovat itse määritelleet vähimmäismäärän lähinnä palveluasunnoissa asuvia henkilöitä varten. Ääritapauksissa keski- ja hyvätuloiselle henkilölle voi jäädä avohoidossa vähemmän

käyttövaroja (vapaasti käytettävissä olevia tuloja palvelumaksujen, omavastuuosuuksien ja asumismenojen jälkeen) kuin laitoshoidossa. Tämä voi aiheuttaa kahdenlaisia seurausvaikutuksia. Ensinnäkin avohoidon suhteellinen kalleus saattaa kannustaa asiakasta joko oma-aloitteisesti tai omaisten vaatimana hakeutumaan hoidon tai hoivan tarpeen kannalta tarpeettomasti laitoshoitoon. Toiseksi on mahdollista, että suuret avohoidon maksut ehkäisevät tarpeellisten avohoidon palvelujen käyttöä, jonka seurauksena asiakkaan kunto heikenee. Molemmissa tapauksissa seurausvaikutukset lisäävät julkisen vallan kustannuksia. Ohjauksen kannalta keskeistä on asettaa ja mitoittaa asiakasmaksut siten, että ne ohjaavat asiakasta hakeutumaan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan mutta eivät estä palvelujen käyttöä.

Kotona asuvien henkilöiden menojen rakenne on erilainen ja elämä taloudellisesti yllätyksellisempää kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien. Avohoidossa olevien ihmisten suuremman taloudellisen liikumavaran turvaaminen on perusteltua myös omatoimisuuden ja aktiivisuuden näkökulmasta.

Avohoidon käyttövarojen määrittelyminen valtakunnallisesti ei ole helppoa varsinkaan, jos tavoitteena olisi tietyn rahamäärän asettaminen. Jouduttaisiin määrittelemään, kuinka paljon on kohtuullista käyttää asumiseen, ruokaan, vaatteisiin ja muuhun kulutukseen, jolloin päädyttäisiin samantyyppiseen menettelyyn kuin toimeentulotuessa. Tällöin jatkuvan hoidon tarve määrittelisi olennaisella tavalla ihmisen elinoloja. Toisaalta tasa-arvon kannalta on ongelmallista, jos asiakkaiden käyttövarojen suuruus olisi huomattavan erilainen eri puolilla maata samanlaisissa taloudellisissa ja muissa olosuhteissa elävien kesken.

Taulukko 13. Esimerkki yhden asiakkaan yhden hoitoperiodin aikaisista sairausvakuutuksen omavastuista ja asiakasmaksuista (esimerkin luvut ovat vuodelta 2001)

	Maksut €					
	Taksi/ bussi	Kunta/terveys- keskus tai tk- kuntayhtymä	Sairaa- la	Ap- teek- ki	Kunta/ sosiaa- litoimi	Kelan saira- usvakuutus- korvaus
Matka terveystieteiden keskukseseen	25,2					16,0
Terveystieteiden keskuksen lääkäri		20,2				
Apteekki				42,1		16,8
Matka kotiin	25,2					16,0
Matka sairaalaan	20,2					10,9
Poliklinikka			20,18			
Matka kotiin	20,2					10,9
Matka sairaalaan	20,2					10,9
Vuodeosastohoito (6 vrk)			139,8*			
Matka terveystieteiden keskukseseen						
Vuodeosastohoito (14 vrk)		317,9**				
Apteekki				67,3		29,4
Matka kotiin	25,2					16,0
Kotipalvelu (14 vrk)						
Matka terveystieteiden keskukseseen	25,2					16,0
Terveystieteiden keskuksen lääkäri						
Apteekki				15,5		21,0
Matka kotiin	25,2					
Kotipalvelu (14 vrk)					88,3	
Maksut (brutto)	186,7	338,1	158,9	159,8	176,6	
Korvaukset yhteensä	112,7	-	-	67,3	-	
Maksut netto	74,0	338,1	158,9	92,5	176,6	

Maksut yhteensä bruttona 1 021 euroa (6 065 mk)

Korvaukset yhteensä 180 euroa (1 070 mk)

Maksut yhteensä nettona 840 euroa (4 995 mk)

* ei maksua lähtöpäivältä, koska välitön siirto terveystieteiden keskukseseen eikä poliklinikkamaksua, koska välitön si-
säänkirjoitus

** ei perusmaksua, koska välitön siirto sairaalasta

Maksukatot

Yksi ratkaisumalli asiakkaiden kohtuuttoman maksurasituksen estämiseksi ja muiden sosiaalipoliittisten tavoitteiden yhdistämiseksi ovat maksukatot. Maksukatoissa on erilaisia vaihtoehtoja katon laajuuden (sisällön), rahamääräisen tason, tulositonnaisuuden ja yksilö- tai perhekohtaisuuden suhteen.

Nykyiset valtakunnalliset maksu- ja omavastuuosuuskatot eivät koske tulositonnaisia maksuja. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa on varsinaisen maksukaton lisäksi erillisiä "välikatotoja". Varsinainen maksukatto on perhekohtainen. Varsinaisen maksukaton lisäksi on olemassa yksittäisten maksujen katot, välikatot terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Välikattojen täytyminen vaatii erillisseurantaa varsinaisen maksukaton täyttymisen seurannan ohella. Sairausvakuutuksen puolella vuosikatto on käytössä matka- ja lääkekustannuksissa. Lisäksi kuntoutusmatkoissa on vuosikatto. Sairausvakuutuksen katot ovat henkilökohtaisia.

Maksukattojen ongelmana pidetään erityisesti sitä, että erilliset omavastuukatot eivät aina turvaa asiakkaan kokonaismaksurasituksen kohtuullisuutta. Lisäksi ongelma on todettu maksukattojen seurantaan liittyvät hallinnointikulut etenkin kuntasektorissa.

Maksupolitiikkatoimikunta ehdotti, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa otettaisiin käyttöön tulositonnainen katto maksujen vuotuiselle yhteismäärälle. Kustannuskaton ylittyessä palveluista perittävät maksut alenisivat asteittain. Kustannuskattoon ehdotettiin sisällytettäväksi lähinnä sellaiset palvelut, joista maksu peritään suoritekohtaisina tasamaksuina. Kustannuskatto voisi olla myös perhekohtainen.

Vammaistyöryhmä '96 ehdotti, että selvitetäisiin mahdollisuuksia ottaa avohoidossa käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen maksukatto, jonka piiriin otettaisiin kattavasti keskeisimmät maksut ja omavastuuosuudet mukaan lukien Kelan korvaamat lääkekustannukset.

Läákekustannusten, matkakustannusten ja kunnallisten asiakasmaksujen kattojen yhdistäminen tuntuu asiakkaan näkökulmasta perustellulta. Käytännössä eri lainsäädäntöpohjiin perustuvien, kahden eri toimijan kuten kuntasektorin ja Kelan asiakkaiden maksuosuuksien seuraaminen yhteisen maksukaton kerryttämiseksi sekä maksuttomuuden ja omavastuiden perimättä jättämisen toteuttamiseksi johtaisi huomattaviin ongelmiin. Tämä johtuu muun muassa siksi, että kuntasektorin katto on perhekohtainen ja sairausvakuutuksen katot henkilökohtaisia. Lisäksi vaikeasti ratkaistava ongelma olisi se, kumman (Kelan vai kunnan) rahoitettavaksi jäisivät yhteisen maksukaton ylittävät asiakkaan kulut.

Tulosidonnaiset maksut ja tuloloukut

Asiakasmaksuja käytetään tulontasauksen välineenä verotuksen ja tulonsiirtojen ohella. Tuloverotuksen, tulonsiirtojen ja maksujen perusteita on Suomessa kehitetty osittain toisistaan erillisinä. Tämän takia niiden yhteisvaikutuksesta saattaa syntyä vinoutumia kuten tuloloukkuja (lisätulojen hankinta ei lisää käytettävissä olevia tuloja, koska tulosidonnaiset asiakasmaksut nousevat) ja työttömyysloukkuja (työn vastaanottaminen ei kannata taloudellisesti).

Efektiivisellä marginaaliveroasteella tarkoitetaan osuutta, joka bruttotulon lisäyksestä jää kotitaloudelta saamatta, kun otetaan huomioon verotus, toimeentuloturvetuet ja maksut. Verotus ja bruttotuloihin suhteutetut maksut ja tulonsiirrot aiheuttavat korkeita marginaaliveroasteita ja tuloloukkuja lasten päivähoidossa ja vanhusten avohoidossa.

Tulosidonnaisten maksujen takia asiakkaat maksavat samasta palvelusta hyvin eritasoisia maksuja. Etenkin avohoidon tulosidonnaisia maksuja voitaisiin arvioida myös siitä näkökulmasta, missä määrin niiden käyttö tulontasauksessa on tarkoituksenmukaista.

Maksupolitiikkatoimikunta perusteli pitkäaikaisesti käytettyjen palvelujen maksujen tulosidonnaisuutta sosiaalisella oikeudenmukaisuudella. Toisaalta tulosidonnaisuudessa ongelmana ovat käyttäytymisvaikutukset sekä vaikutukset palvelujen universalisuuseriaatteen toteutumiseen ja rahoituksen legitimitettiin. Progressiivinen verotus ja tulosidonnaiset tulonsiirrot on hankala yhdistää tulosidonnaisiin maksuihin ilman tulo- ja kannustinloukkujen syntymistä.

Tulosidonnaisia maksuja käytettäessä on otettava huomioon myös maksujen suhde vakuutusjärjestelmiin. Suuret maksut voivat lisätä etenkin hyvätuloisten kiinnostusta suojautua riskeiltä yksityisten vapaaehtoisten vakuutusten turvin. Tuloksena saattavat olla palvelujen eriytyminen väestöryhmittäin ja veronalennusvaatimukset.

Maksukyky on yhteydessä tulonsiirtoihin ja verotukseen. Tuloloukut voidaan periaatteessa purkaa useilla tavoilla esimerkiksi muuttamalla verotuksen, asumistuen tai maksujärjestelmän perusteita.

Maksun määrittelyssä käytettävä tulokäsitemuoto vaikuttaa maksuun ja kuntien maksutuottoon. Maksujen perusteena olevat erilaiset tulokäsitteet vaikeuttavat maksujen vertailua ja niiden asiakkaille aiheuttaman rasituksen mittaamista. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa maksukykyä määrittäessä otetaan huomioon hoitoa saavan henkilön nettotulot. Kotona annettavassa palvelussa ja lasten päivähoitossa kuukausimaksu määrittää perheen bruttotulojen mukaan kuitenkin siten, että osa sosiaalisista tulonsiirroista ei vaikuta maksuihin. Asumispalve-

lujen maksuissa sovellettava tulokäsitemuoto on kunnan harkinnassa. Yhtenä vaihtoehtona lähinnä vanhuspalvelujen maksujen aiheuttamien tuloloukkujen ehkäisemiseen on esitetty maksujen perustana olevan tulokäsitemuuton muuttamista.

Avo- ja laitoshoidon maksujen erot

Palvelurakenne vaikuttaa maksutuloihin ja tulonsiirtoihin, koska avohoidossa ja laitoshoidossa maksut ja tulonsiirrot ovat erilaisia. Nykyisin esimerkiksi kansaneläke alenee ja eläkkeensaajien hoitotuki keskeytyy sen jälkeen, kun laitoshoidon on kestänyt kolme kuukautta. Asiakaan saamiin etuuksiin ja niiden suuruuteen sekä palveluihin ja niistä perittäviin maksuihin vaikuttaa se, määritelläänkö hänen saamansa hoito laitoshoidon vai avohoidoksi. Ongelmaksi on muodostunut se, että palvelutarpeen sijasta palvelujen rahoitus, asiakasmaksut ja tulonsiirrot voivat ratkaista asiakkaalle järjestettävän hoidon sisällön ja hoitopaikan. Avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon tekeminen on myös tullut koko ajan vaikeammaksi palvelujen monipuolistuessa.

Avo- ja laitoshoidon maksuperusteet ovat olleet erilaiset, koska laitoshoidon sisältää hoidon lisäksi aina myös ylläpidon ja asumisen. Ainakin pitemmällä aikavälillä on kasvavia paineita siihen, että tulonsiirtojen lisäksi myös maksujärjestelmän perusteista poistettaisiin avohoidon ja laitoshoidon erottelu. Tällöin maksun määrittymisen perusteena voisivat olla asumismuodosta riippumatta erikseen asumisesta, ravinnosta, hoidosta ja muista palveluista aiheutuvat kustannukset.

Avo- ja laitoshoidon pohtinut työryhmä ehdotti vuoden 2001 lopussa, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien eläkeläisten pitäisi saada kansaneläkkeensä täysimääräisenä ja että myös heille voitaisiin maksaa eläkkeensaajien hoitotukea.

Maksut ja palvelusetelimallit

Viime aikoina on lisääntynyt kiinnostus malleihin, joille on yhteistä palvelujen rahoituksen ja tuotannon erottaminen toisistaan. Näitä ovat muun muassa erilaiset palvelusetelin sovellukset. Lasten päivähoitossa palveluseteleitä on käytetty suhteellisen hyvin tuloksin, samoin eräissä muissa sosiaalipalveluissa.

Palvelusetelimallien käyttöönoton kannalta tärkeitä kysymyksiä ovat palvelujen tarjonta ja hinta, käyttäjän omavastuuosuus (asiaksmaksu), palvelujen laadun turvaaminen sekä verotus. Palvelusetelijärjestelmää on arvioitava myös suhteessa maksupolitiikan tavoitteisiin ja maksuja koskeviin säännöksiin. Verotuksen osalta olisi tehtävä selväksi, milloin palveluseteli on henkilökohtaista tuloa ja milloin osa julkista palvelutuotantoa.

Palvelusetelimallia on perusteltu asiakkaiden lisääntyvällä valinnanvapaudella ja yleensä kysyntävetoisemman tuotannon edistämiseksi. Muina perusteina ovat olleet esillä palvelukapasiteetin tehostaminen tai uuden synnyttäminen, kuntien säästöt kilpailun ansiosta ja kilpailun avulla mahdollisesti saavutettava parempi hinta/laatusuhde. Palvelusetelin käytön on katsottu edistävän myös käyttäjän kustannustietoisuutta, kun hän valitsee palvelun tuottajan ja mahdollisesti osallistuu palvelun rahoittamiseen.

Palvelusetelimallilla voi olla pulmallisia vaikutuksia palvelun tarvitsijoiden tasarvoon erityisesti silloin, jos seteli on arvoltaan sama kaikille ja käyttäjältä perittävät maksut määräytyvät vapaasti. Palvelusetelijärjestelmä voidaan räätälöidä niin, että sen tulonjakovaikutuksia voidaan säädellä. Kunnan hallinnointikustannukset ovat kuitenkin sitä suuremmat, mitä enemmän palvelunkäyttäjän yksilökohtaiset tarpeet otetaan setelin ehdoissa huomioon.

Palvelusetelimallin muina pulmina ovat muun muassa laadunvalvonta ja epätäydellinen informaatio. Palveluseteli soveltuu palveluihin, joissa on todellista tarjontavaihtoehtoja pitämään palvelujen hintaa ja laatutasoa kohtuullisena eli mahdollisuuksia toimivien markkinoiden syntymiseen. Tällöin palvelujen käyttäjällä on valinnanvaraa palvelujen laadun ja hinnan suhteen. Lisäksi voidaan todeta, että seteli soveltuu lähinnä sellaisiin palveluihin, joissa ns. epätäydellisen informaation ongelma palvelujen vaikutuksista, laadusta ja kustannuksista on mahdollisimman pieni.

Monien sosiaalipalvelujen sekä useimpien terveyspalvelujen tarpeen kohdalla palvelusetelin saaja tai hänen omaisensa tai läheisensä eivät pysty arvioimaan hankittavan hoidon laatua, hoidosta asiakkaalle aiheutuvia kokonaiskuluja eikä hoidon lopputulosta. Tällöin setelin avulla hankittavan palvelun käyttöpäätökseen tarvitaan palvelujen tarjoajapuolen edustajan apua. Tämä puolestaan saattaa lisätä ennestäänkin vahvaa tarjontavaikutteista palvelujen käyttöä.

Palvelusetelikäytäntö todennäköisesti antaa palvelujen tuottajalle mahdollisuuden hintojensa korottamiseen varsinkin jos aitoa, kovaa kilpailua ei ole. Toistaiseksi tällaiset kilpailutilanteet ovat olleet äärimmäisen harvinaisia sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon mahdolliseen palvelusetelin käyttöön liittyy useita muitakin näkökohtia. Lisäksi sairaustilanteissa on usein kyse hoitoketjusta, joka muodostuu useista eri vaiheista sekä sairaalassa että sen ulkopuolella. Jos hoitoketjun yhteen osaan annetaan palveluseteli, se pikemminkin vaikeuttaisi saumattoman hoitoketjun syntyä. Koska Kela korvaa sairastumisesta aiheutuvia matkakustannuksia, jouduttaisiin ottamaan kantaa myös setelikäytännön aiheuttamiin lisääntyvien matkakustannusten korvaamiseen. Koska huomattavan usein sairaalahoidossa oleva

asiakas saa sairaalainfektion ja koska usein leikkaus joudutaan uusimaan (esim. lonkkaleikkauksissa ja suonikohjuleikkauksissa), palvelusetelin käyttöön on saatava selvät säännöt tällaisten riskien hoitamisesta. Lisäksi voidaan todeta, että toistaiseksi missään Euroopan maassa ei palveluseteliä otettu käyttöön varsinaisessa terveydenhuollossa.

Maksujen kunnittaiset erot

Kunnallisverotuksen lisäksi maksut vaihtelevat kuntien välillä. Etenkin vanhuspalvelujen maksuissa on suuria eroja. Samanlaisesta palvelusta maksetaan eri hintoja ja samanlaisessa palvelutarpeessa olevat saavat samalla hinnalla sisällöltään ja laadultaan hyvin erilaisia palveluja.

Kuntien näkökulmasta on tärkeää, että maksusäännökset antavat riittävät mahdollisuudet paikallisten olojen ja tarpeiden huomioon ottamisen. Toisaalta joudutaan seuraamaan ja arvioimaan, turvaako nykyinen maksupolitiikka kansalaisten sosiaaliset perusoikeudet ja tasa-arvon. Tulevaisuudessa pohdittaneen, tulisiko valtakunnallisesti määritellä ainakin yhtenäiset peruspalvelujen maksut (tai maksujen vaihteluväli) vai lisätäänkö kuntien ratkaisuvaltaa, jolloin kunnat voisivat ottaa entistäkin vapaammin huomioon paikalliset tekijät.

Kansalaisten yhdenvertaisuus ja se, että toimeentuloturva määritellään valtakunnallisesti, puoltaa jonkinlaista valtakunnallista maksujen säätelyä. Yhtenäiset maksujärjestelmät voivat olla helpommin sovitettavissa yhteen muiden sosiaalipoliittisten järjestelmien ja verotuksen kanssa. Myös tuloloukkuongelmien ratkaisu on vaikeampaa, jos maksuissa on suuria kuntien välisiä eroja.

Yksilön vai perheen tuloihin perustuvat maksut?

Suomessa sosiaaliturvan päälinjana on etuuksien ja velvollisuuksien määrittäminen yksilökohtaisesti. Maksukyvyyn mukaan määriteltävissä, tulosisidonnaisissa maksuissa on sekä yksilökohtaisia että perhekohtaisia maksuja. Säännöllisen ja jatkuvan kotona annettavan palvelun ja lasten päivähoiton maksut määräytyvät perhekohtaisesti. Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu määräytyy yksilökohtaisesti.

Maksukyvyyn määrittely perheen tai henkilökohtaisten tulojen mukaan voi periaatteessa ohjata palvelujen käyttöä. Jos maksuun vaikuttavat vain palvelun käyttäjän tulot, kotitalouden maksujen suuruuteen vaikuttaa se, kuka perheenjäsenistä käyttää palveluja. Lähtökohtana on pidetty sitä, että tuloista riippuvien maksujen tulee määräytyä pääsääntöisesti kotitalouden maksukyvyyn perusteella, koska perheellä on muutenkin yhteinen talous ja keskinäinen huolenpitovastuu. Pelkästään asiakkaan omien tulojen huomioon ottaminen ei myöskään aina kuvasta hänen todellista maksukykyään.

Nykyinen järjestelmä voidaan kokea epäoikeudenmukaiseksi lähinnä silloin, jos saadun palvelun ei koeta hyödyttävän kaikkia perheenjäseniä. Toinen ongelmallanne voi liittyä tilanteeseen, jossa perheenjäsenet huolehtivat hoitoa tarvitsevasta perheenjäsenestään tavanomaista enemmän, jolloin tapauskohtainen maksualenusten harkinta saattaa olla perusteltua mahdollisen hoitotuen ja omaishoidon tuen myöntämisen lisäksi. Ongelmia voi syntyä myös kotiin jäävälle puolisolalle ja perheelle siinä tilanteessa, jossa suurempituloinen puoliso joutuu pitkäaikaiseen laitoshoidon. Tämän ongelman ratkaisuvaihtoehtona on ollut esillä laitoshoidon asiakasmaksun määrittelemineen yhteenlaskettujen tulojen pohjalta.

Nykyiset omavastuu- ja maksukatot ovat yksilökohtaisia. Alle 18-vuotiaan lapsen maksut otetaan kuitenkin huomioon hänen vanhempansa tai muun huoltajansa maksujen kanssa.

Vammaisten asumispalvelut

Vammaisten henkilöiden asumispalveluja voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammalain nojalla Asiakasmaksut eroavat sen mukaan, minkä lain perusteella asiakas saa palvelut. Asiakasmaksuja koskevat ongelmat liittyvät eri lakien keskinäisen suhteen epäselvyyksiin. Eri työryhmät ovat ehdottaneet lakien suhteisiin täsmennyksiä.

Asiakasmaksulain mukaan kehitysvammalain mukaiset, erityishuoltona järjestetyt asumispalvelut ja vammaispalvelulain mukaiseen palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut ovat maksuttomia ellei henkilö saa niihin korvausta muun lain nojalla. Palveluasumista tarvitseva henkilö maksaa asumisestaan vuokran normaaliin tapaan eli maksuttomuus koskee vain asumiseen liittyviä palveluja.

Epäselvyyttä on ollut siitä, mitä ovat ne asumiseen kuuluvat erityispalvelut, jotka ovat maksuttomia vaikeavammaisen palveluasumisessa. Toinen ongelmia aiheuttanut asia ovat olleet epäselvyydet siitä, milloin kehitysvammainen henkilö on oikeutettu saamaan erityishuoltona maksuttomia asumispalveluja. Kehitysvammalaisissa ei ole asetettu erityishuollon saamisen edellytykseksi vaikeavammaisuutta kuten vammaispalvelulaissa. Ongelmaksi on myös joissakin tapauksissa muodostunut se, että kunnat ovat järjestäneet vaikeavammaisten palveluasumista sosiaalihuoltolain nojalla vedoten sen ensisijaisuuteen. Näissä tapauksissa vaikeavammaisen taloudellinen asema voi heiketä, sillä sosiaalihuoltolain mukaan järjestetystä palvelu-

asumisesta ja kotipalvelusta voidaan periä maksuja.

Yhtäältä eri väestöryhmille yhteisten ja toisaalta erityispalvelujen maksujen taso on yksi maksupolitiikassa ratkaistavista kysymyksistä. Kysymys liittyy siihen, missä määrin vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden tulisi olla erityisasemassa palveluja, maksuja, tulonsiirtoja ja verotusta koskevassa lainsäädännössä ja millaista omavastuuta heiltä voidaan vaatia. Yleisenä lähtökohtana voitaneen pitää sitä, että vaikeavammaisen taloudellinen asema ei saisi heiketä sen mukaan, minkä lain perusteella hänen palvelunsa järjestetään.

Uusien palvelumuotojen maksut

Vanhusten ja vammaisten palveluihin kuuluu enenevästi palvelumuotoja, joiden maksuja ei ole erikseen säännelty. Tällöin ainoana maksujen rajoituksena on palvelun tuotantokustannus: maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Tällä hetkellä useimmiten esille tulee tarve arvioida omaishoidon tukeen ja palveluasumiseen liittyvien maksujen sääntelyn tarvetta.

Maksupolitiikan vapaus saattaa kannustaa kuntia uusien palvelumuotojen kehittämiseen, mitä voidaan pitää yleensä myönteisenä asiana. Ongelmia kuitenkin syntyy, jos säätelemättömät maksut johtavat palvelurakenteen vinoutumiseen, asiakkaiden suuren eriarvoisuuteen ja kohtuuttomiin maksuihin. Toinen perusvaihtoehto onkin, että maksuja voitaisiin periä vain silloin, kun niistä on säännökset maksulainsäädännössä. Tällainen periaate oli käytössä 1990-luvun alkupuolelle asti. Tämä periaate voisi kuitenkin vähentää kiinnostusta uudenlaisten palvelujen kehittämiseen.

Varallisuuden huomioon ottaminen

Varallisuuden huomioon ottamisesta asiakasmaksuissa esitettiin 1990-luvulla toimineissa toimikunnissa ja työryhmissä erisuuntaisia näkemyksiä. Varallisuuden kohtelua voidaan pitää periaatteellisesti tärkeänä ja merkitykseltään kasvavana asiana väestön varallisuuden lisääntyessä. Nykyisin varallisuus ei vaikuta asiakasmaksuihin lukuun ottamatta varallisuudesta saatavia pääomatuloja. Varallisuuden vaikutusta pohdittaessa tarvitaan näkemystä siitä, mitkä olisivat varallisuuden huomioon ottamisen haitat (esim. sosiaaliturvan legitimitietin kannalta tai palvelujärjestelmän tasa-arvoisuuden/eriytymisen kannalta) ja mahdolliset hyödyt (esim. pääoman käytön kansantaloudellisen tehokkuus ja palvelujen rahoitusperustan vahvistaminen).

Yhä useammin tulee esille tapauksia, joissa myös omaisuus otetaan huomioon palveluja koskevia päätöksiä tehtäessä. Lähinnä on kysymys varallisuutta omaavien vanhusten ohjaamisesta yksityisiin palveluihin. Kunnat ovat myös alkaneet joissain tapauksissa maksaa osan yksityisen palvelun kustannuksista toimeentulotukivaroista, koska se on kunnalle edullisempaa kuin julkisen palvelun järjestäminen. Henkilö voi myös käytännössä joutua maksamaan osan maksuista säästöillään tai varallisuutensa realisoinnilla.

Asiakkaiden rajaaminen palvelujen ulkopuolelle omaisuuden perusteella ei sovi yhteen nykyisten maksusäännösten ja palvelujen universalisuusperiaatteen toteuttamisen kanssa. Lisäksi varallisuuden huomioon ottaminen maksuissa on hallinnollisesti hankala toteuttaa. Varallisuuden mahdollinen laajempi huomioon ottaminen voidaan haluttaessa toteuttaa maksujen sijasta myös varallisuusverotuksen kiristämisen kautta.

3.3.5. Yhteenveto

Sosiaali- ja terveyspalvelujen maksupoliitiikan tavoitteita tulisi selkeyttää. Maksujärjestelmistä päätettäessä on tärkeää arvioida vaihtoehtoisia maksupoliittisia linjauksia suhteessa sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteisiin (esim. terveyserojen pienentäminen, avohoidon ensisijaisuus, työn tarjonnan lisääminen), muihin sosiaalipoliittisiin järjestelmiin sekä palvelujen kokonaiskustannuksiin ja rahoitukseen. Epäonnistuneet maksupoliittiset ratkaisut voivat lisätä yhteiskunnan kokonaismenoja.

Asiakasmaksuilla ja omavastuuosuuksilla on aina vaikutuksia tulojen ja varallisuuden jakautumiseen. Maksujen korotusten jakautumavaikutusten suuruus vaihtelee sen mukaan, mikä on asiakasmaksujen tyyppi, miten palvelujen käyttö (terveys ja toimintakyky) jakautuu väestön keskuudessa ja miten verotettavat tulot jakautuvat.

Pohjimmiltaan asiakasmaksut liittyvät yksilöiden omavastuun ja yhteisvastuun rooliin erilaisissa riskitilanteissa. Maksupoliitikalla voidaan muuttaa sairauksiin, toimintarajoitteisiin ja muihin palvelutarpeisiin liittyvän taloudellisen riskin jakautumista.

Tärkeitä kysymyksiä ovat myös vaikutukset yhtäältä yksittäisten palvelujen kysyntään ja toisaalta palvelujen kokonaiskysyntään ja palvelutarjontaan eli palvelujen kokonaismäärään ja rakenteeseen julkisella sekä yksityisellä kaupallisella ja ei-kaupallisella sektorilla (järjestöt, omaishoito).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksujen tulevaa roolia ja merkitystä on perusteltua tarkastella lohkoittain. Esimerkiksi asiakkaan suvereniteetti palvelujen käyttöä koskevassa päätöksenteossa on huomattavan rajallinen monilla sosiaali- ja terveyssektorin lohkoilla kuten esimerkiksi kehitysvammahuollossa, mielenterveyspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa. Yhtä

lailla on eroja sen suhteen, onko asiakkaan palvelutarve kestoltaan hyvin lyhytaikainen vai jopa pysyvä.

Palvelujen rahoitusta on tärkeää tarkastella myös kokonaisuutena. Yhden rahoitustavan aseman muuttaminen vaikuttaa muiden rahoitusmuotojen asemaan. Avainkysymyksiä ovat, mikä on sosiaali- ja terveyspoliittisesti sekä taloudellisesti tarkoituksenmukainen verorahoituksen, vakuutusmuotoisen (pakollisen lakisääteisen ja vapaaehtoisen) ja asiakasmaksujen suhde palvelujen rahoituksessa, miten erityisesti painopisteen muutokset maksujen ja verorahoituksen välillä vaikuttavat eri väestöryhmien ja kuntien asemaan sekä se, ketkä hyötyvät ja ketkä häviävät maksupolitiikan eri vaihtoehtoissa. Julkisten palvelujen asiakasmaksuja määriteltäessä on otettava huomioon myös niiden suhde vakuutusjärjestelmiin. Korkeat maksut saattavat lisätä kiinnostusta suojautua riskeiltä yksityisten vakuutusten turvin.

Kotitalouksien tuloja tasataan nykyisin verotuksella, tulonsiirroilla ja maksuilla. Maksujen käyttöön tulontasauksen välineenä voi liittyä joitakin perusteita, mutta myös ongelmia. Kun jatkossakin jouduttaneen selvittämään tuloloukkujen poistamista, olisi päästävä yhteisymmärrykseen siitä, missä laajuudessa myös asiakasmaksuilla olisi pyrittävä tulojen tasaamiseen.

Vaikka maksujen osuus palvelujen rahoituksesta pidettäisiin suurin piirtein nykyisenä, voidaan pohtia, säilytetäänkö tasamaksujen ja tulosidonnaisten maksujen osuus ennallaan, lisätäänkö tasamaksuja, yhdistetäänkö maksukattoja ja miten maksuja yhdistetään toimeentuloturvaetuuksien kehittämiseen.

Maksujärjestelmien selkeys ja läpinäkyvyys on yksi edellytys sille, että noudatetut maksukäytännöt toteuttaisivat maksuille asetettuja rahoitus- ja ohjaustavoitteita.

Kirjallisuutta

- Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän muistio. Loppu-raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:30.
- Erikoissairaanhoidon palvelujen saata-vuus maan eri osissa vuonna 1999. So-siaali- ja terveysministeriön työryhmä-muistioita 2000:21.
- Erilaisuuksien Suomi. Raportti suo-malaisten asenteista 2001. EVA, 2001.
- Heikkilä M., Törmä S., Mattila, K., Palveluseteli lasten päivähoidossa. Ra-portti valtakunnallisesta kokeilusta. Stakesin raportteja 216. Jyväskylä 1997.
- Isola A. ym., Vanhusten pitkäaikais-hoidon ulkopuolinen tarkastus vuonna 2001. Helsingin kaupungin terveysvi-rasto.
- Jacobzone S. and Oxley, H., Health ca-re expenditure. OECD Observer, No. 2229, November 2001.
- Kehitysvammaisten palvelurakenteen seurantatyöryhmä. Sosiaali- ja terveys-ministeriön työryhmämuistioita 1996:24.
- Kotona annettavien palvelujen maksuja selvittäneen työryhmän (KAMA-työryhmä) muistio. Sosiaali- ja terve-ysministeriön työryhmämuistioita 1997:27.
- Kuntapalvelut 2001. Efektia Oy. Hel-sinki 2001.
- Niemelä, J., Terveystenhuollon asia-kasmaksut - mistä tosiasiassa on kyse? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityk-siä 1999:2.
- Omaishoidon palveluseteli. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:10.
- Peruspalvelut 2000. Valtiovarainmi-nisteriön työryhmämuistioita 25/2001.
- Pääomatulojen ja varallisuuden vaiku-tuksia sosiaaliturvaan selvittänyt työ-ryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:30.
- Robinson, R., The changing public-private mix in health care. Euro Obser-ver, Summer 2001.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon maksu-politiikkatoimikunnan mietintö. Komi-teanmietintö 1993:17.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoi-matarpeen ennakointitoimikunnan mie-tintö. Komiteanmietintö 2001:7.
- Valtiontilintarkastajain kertomus vuo-delta 2000. Helsinki 2001.
- Vammaist työryhmä '96:n muistio. Sosi-aali- ja terveysministeriön työryhmä-muistioita 1996:6.

4. Tulonjako

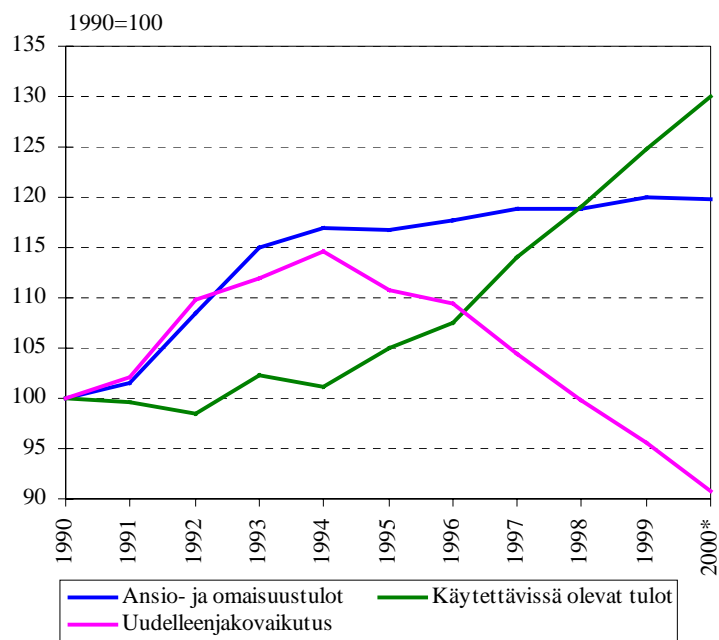
Tuloerot kasvaneet nopeasti

Kotitalouksien väliset tuloerot ovat kasvaneet nopeasti 1990-luvun puolivälistä alkaen. Tuloerojen kasvun taustalla on omaisuustulojen kasvu. Erityisesti suurituloisin kymmenes kotitalouksista on lisännyt tulo-osuuttaan. Sekä tulonsiirtojen että verotuksen tuloeroja tasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. (Kuvio 66)

Tulonsiirtojen tasoittavan vaikutuksen heikkeneminen johtuu osittain työllisyyden

kohentumisesta. Työllisyyden palautuessa lähemmäs lamaa edeltänyttä tasoa yhä useamman kotitalouden tulonmuodostus perustuu jälleen omiin ansiotuloihin. Ansio- tulojen puuttumista korvanneiden tulonsiirtojen tulonjakovaikutuksen heikkene- minen on tältä osin johdonmukaista. Tuloeroja kasvattavat nyt suuret omaisuustulot. Tämän takia tulonsiirtojen merkitys tuloerojen tasaajana jää vähäisemmäksi. Lisäksi joidenkin etuuksien taso on jäänyt jälkeen yleisestä tulokehityksestä.

Kuvio 66. Tuloerojen sekä tulonsiirtojen ja verotuksen uudelleenjakovaikutuksen kehitys vuosina 1990-2000



Tuloerot: Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990=100. Tulot/OECD-kulutusyksikkö.

Uudelleenjakovaikutus (Kakwani): Saatujen ja maksettujen (verot) tulonsiirtojen tuloeroja pienentävä vaikutus 1990=100.

Tulokehitys epätasaista

Viime vuosien hyvä talouskehitys ei ole heijastunut tasaisesti kotitalouksien toimeentuloon. Tulokehitys on ollut suotuisinta tulojakauman yläpäässä. Suurituloisimman kymmenyksen reaalin käytettävissä oleva tulo kasvoi vuosina 1995–1999 keskimäärin lähes 8 prosenttia vuodes-

sa. Pienituloisimmassa kymmenyksessä tulojen reaali kasvu jäi samana ajanjaksona keskimäärin alle yhden prosentin vuodessa. Ennakkotietojen mukaan kehitys jatkui samanlaisena vuonna 2000. Eniten reaali-tulojaan kasvatti suurituloisin kymmenys (6,6 %) ja vähiten pienituloisin kymmenys (0,4 %).

Taulukko 14. Tulojakauman eri prosenttipisteiden suhteiden muutos vuosina 1990-1999

	P90/P10	P80/P20	P60/P40	P50/P10	P90/P50	P95/P50	P95/P10
1990	2,48	1,79	1,19	1,56	1,59	1,82	2,84
1991	2,43	1,78	1,19	1,55	1,57	1,81	2,81
1992	2,35	1,75	1,20	1,51	1,55	1,81	2,74
1993	2,39	1,75	1,19	1,50	1,59	1,87	2,80
1994	2,44	1,78	1,19	1,51	1,62	1,89	2,84
1995	2,49	1,79	1,19	1,52	1,64	1,90	2,90
1996	2,58	1,84	1,21	1,57	1,64	1,92	3,01
1997	2,67	1,89	1,22	1,61	1,66	1,99	3,21
1998	2,73	1,93	1,23	1,63	1,68	2,01	3,26
1999	2,72	1,91	1,22	1,62	1,68	2,02	3,28
Muutos 1990-1999,%	10,0	6,9	2,6	4,0	5,7	11,1	15,6

Prosenttipisteiden tulosuhteiden laskennassa vältetään suurten ääriarvojen aiheuttamat ongelmat tulonjakoa kuvaavia tunnuslukuja otosaineistoista laskettaessa. Suurten myynti- tai optiovoittojen lisääntyminen 1990-luvun lopussa on vaikeuttanut hajontalukujen muutosten tulkintaa.

Erilaisissa hajontaluvuissa tulonjakoa koskeva tieto on pyritty kiteyttämään yhteen lukuun. Tällöin menetetään runsaasti tulonjakoa koskevaa informaatiota. Mielenkiinnon kohteena voi esimerkiksi olla keskituloisten ja pienituloisten välisten tuloerojen kehitys, josta hajontaluku ei välttämättä kerro paljoa. Pienituloisten tulokehitystä ei ehkä haluta verrata suhteellisten harvojen suurituloisten tulokehitykseen, vaan väestön enemmistön tulotasossa tapahtuneisiin muutoksiin. Eräs tapa tehdä tällaisia vertailuja on laskea tulojakauman eri kohtien välisiä suhteita. Mediaanituloa (P50), jonka alapuolelle jää puolet väestöstä, voidaan verrata tulorajaan (prosenttipiste), jonka alapuolelle jää pienituloisin kymmenes väestöstä (P10). Vuonna 1999 kotitalouksien käytettävissä oleva mediaa-

nitulo oli 1,62 kertaa se tuloraja, jonka alle jäi pienituloisin kymmenesosa kotitalousväestöstä. Vuonna 1990 tämä suhde oli 1,56, joten pienituloisten ja keskituloisten väliset tuloerot olivat hieman kasvaneet. Vastaavalla tavalla voidaan tulorajaa (P90), jonka alapuolella on 90 prosenttia kotitalousväestöstä, verrata mediaanituloon (P90/P50). Myös suhteellisten hyvätuloisten ja keskituloisten väliset tuloerot kasvoivat 1990-luvulla. Tulosuhteiden kehityksestä voi havaita tulojen kasvun keskityneen aivan tulojakauman yläpäähän. 95:n prosenttipisteen suhde mediaanituloon (P95/P50) tai kymmenenteen prosenttipisteeseen (P95/P10) on kasvanut huomattavasti enemmän kuin 90:n prosenttipisteen suhde näihin tulorajoihin (P90/P50 ja P90/P10).

Omaisuustulot kasvattaneet tuloeroja

Tuloerojen kasvu 1990-luvun jälkipuoliskolla johtui pitkälti omaisuustulojen kasvusta ja niiden kohdentumisesta aikaisempaa suurituloisimmille kotitalouksille. Muissa tuloerissä tapahtuneet muutokset olivat vähäisempiä. Tulonsiirtojen (pl. työeläkkeet) tuloeroja supistava vaikutus heikentyi hieman. Tämä johtui tulonsiirtojen

tulo-osuuden pienenemisestä lamavuosien huipputasolta. Tulo-osuuden supistumista korvasi tulonsiirtojen keskittyminen aikaisempaa korostetummin pienituloisille kotitalouksille. Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa tuloerien väliset riippuvuudet. Esimerkiksi omaisuustulojen kasvu ylimmissä tuloluokissa lisää myös näistä maksettuja veroja, mikä taas muuttaa verotuksen tulonjakovaikutusta. (Taulukko 15)

Taulukko 15. Käytettävissä olevien tulojen Gini-kertoimen hajotelma tulolajeittain vuosina 1994 -1999

	Palkka- tulot	Yrittä- jä-tulot	Omaisuus- tulot (pl. asun- totulo)	Lasken- nallinen asun- totulo	Työ- eläk- keet	Saadut tulonsiirrot (pl. työeläk- keet)	Välittömät ve- rot ja sosiaali- vakuutusmak- sut	Yhteensä = Gini- kerroin, %
1994	26,2	3,9	2,9	1,9	4,1	-4,3	-13,9	20,9
1995	25,8	4,1	3,5	2,0	4,5	-3,8	-14,4	21,6
1996	27,4	3,1	4,1	2,0	4,4	-3,8	-15,0	22,2
1997	27,3	3,7	5,1	2,1	3,9	-3,8	-14,9	23,5
1998	27,7	3,8	6,1	2,2	3,5	-3,5	-15,2	24,5
1999	27,8	3,5	8,1	2,2	2,9	-3,3	-15,5	25,7
Muutos 1994–1999, %-yksikköä	1,7	-0,5	5,3	0,3	-1,2	1,0	-1,6	4,9

Pyöristykseen takia muutos ei välttämättä tarkalleen vastaa taulukosta laskettavaa erotusta.

Osinkotulot, luovutusvoitot ja muut omaisuustulot ovat varsin alttiita talouden suhdannevaihteluille. Niiden merkityksen kasvu on saattanut lisätä myös tulonjaon muutosten suhdanneherkkyyttä. Talouskasvun hidastuminen voi nopeasti vähentää kotitalouksien omaisuustuloja, mikä kaaventaisi tuloeroja. Talouskasvun hidastumisella voi luonnollisesti olla muita vaikutuksia, jotka saattavat kasvattaa tuloeroja. Työllisyyden heikentyminen on eräs tällainen tekijä. Työllisyyden ja tuloerojen välinen yhteys ei kuitenkaan ole niin selkeä kuin joskus väitetään. Työllisyyden muutosten vaikutus tuloeroihin riippuu myös siitä, miten muutokset kohdentuvat. Yksin asuvan, työmarkkinatukea saavan pitkäaikaistyöttömän työllistyminen vaikuttaa tulonjakoon toisin kuin ansioturva saavan, lyhyen aikaa työttömänä olleen henkilön työllistyminen perheessä, jossa jo on muita

kokopäivätyössä olevia perheenjäseniä. Vastaavasti työttömyyden kasvun välittömät tulonjakovaikutukset riippuvat osittain siitä, mitä ryhmiä työttömyyden kasvu erityisesti koettelee.

Tulonsiirtojen tavoitteissa ja kohdentumisessa suuria eroja

Tulonsiirtojen tavoitteena nähdään usein pieni- ja suurituloisten välisten tuloerojen tasaus. Tämän lisäksi tulonsiirrot tasaavat eri perhetyyppien välisiä toimeentuloeroja. Tulonsiirtojen keskeisenä tavoitteena on kuitenkin myös tulojen tasaaminen henkilön elinkaarella. Tällöin niillä pyritään korvaamaan erilaisten riskien aiheuttamia tulonmenetyksiä. Etuuksien suuruus ja vakuutusmaksut riippuvat tällöin enemmän tai vähemmän kiinteästi toisistaan. Viime vuosina tätä vakuutusmaksujen ja etuuksi

en välistä yhteyttä on pyritty korostamaan. Käytännössä tulonsiirtojen erilaiset tavoitteet voivat sekoittua samassa etuudessa.

Tulonsiirtojen erilaisista tavoitteista johtuen on myös niiden kohdentumisessa eri tulotasolle on suuria eroja. (Taulukko 16)

Taulukko 16. Eräiden toimeentuloturvaetuuksien jakautuminen tuloviidenneksittäin vuonna 1999, prosenttia etuusmenosta

	I	II	III	IV	V	Yhteensä
Kansaneläkkeet ja niiden lisät (pl. asumistuki)	31,1	32,8	18,7	9,2	8,1	100,0
Leskeneläkkeet (pl. asumistuki)	34,0	7,8	15,5	26,8	15,9	100,0
Lapseneläkkeet	22,4	12,8	24,5	28,2	12,0	100,0
Eläkkeensaajien asumistuki	40,3	44,9	8,5	2,3	4,0	100,0
Sairauspäivärahat vakuutetuille	17,8	17,5	16,6	27,3	20,8	100,0
Vanhempainpäivärahat vakuutetuille	22,4	23,3	25,5	17,4	11,4	100,0
Työeläkkeet: Yhteensä	7,4	21,3	22,5	22,0	26,8	100,0
Työeläkkeet: Vanhuuseläkkeet	6,9	21,1	22,6	21,2	28,3	100,0
Työeläkkeet: Työkyvyttömyyseläkkeet	8,9	21,1	24,2	23,7	22,0	100,0
Työeläkkeet: Työttömyyseläkkeet	5,6	16,4	20,1	30,4	27,4	100,0
Työeläkkeet: Perhe-eläkkeet	8,1	23,6	19,9	19,8	28,6	100,0
Työttömyyspäivärahat yhteensä	35,8	21,7	19,7	13,8	9,0	100,0
Ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha	19,0	23,5	25,5	18,8	13,2	100,0
Työmarkkinatuki ja peruspäiväraha	64,7	18,5	9,8	5,2	1,7	100,0
Lapsilisät	27,5	24,2	20,9	17,2	10,2	100,0
Pienten lasten hoidon tuki	49,3	21,4	14,8	10,0	4,6	100,0
Opintotuki (raha ja asumislisä, KELA)	50,3	21,7	14,8	8,2	5,0	100,0
Toimeentulotuki	59,0	21,5	11,5	5,3	2,6	100,0
Asumistuki	70,7	19,5	6,6	2,5	0,7	100,0
Saadut tulonsiirrot yhteensä	19,7	22,1	20,1	17,9	20,2	100,0
Maksetut tulonsiirrot	4,9	9,5	15,2	22,6	47,9	100,0
Käytettävissä olevat tulot	10,3	14,3	17,5	21,7	36,2	100,0

Tulovähenteisten etuuksien saajat ovat tuen saantiaikana yleensä pienituloisia. Mikäli tuen keskimääräinen saantiaika on lyhyt, saattaa merkittävä osa tuesta kuitenkin kohdentua vuosituloilla mitattuna keskituloisille. Tulovähenteisten etuuksien kohdentumisen kannalta on myös tärkeää, otetaanko tulojen tarkastelussa huomioon mahdollisen puolison tai muiden kotitalouden jäsenten tulot. Etuuden suuruutta määrittäessä voidaan osa tuloista lisäksi jättää

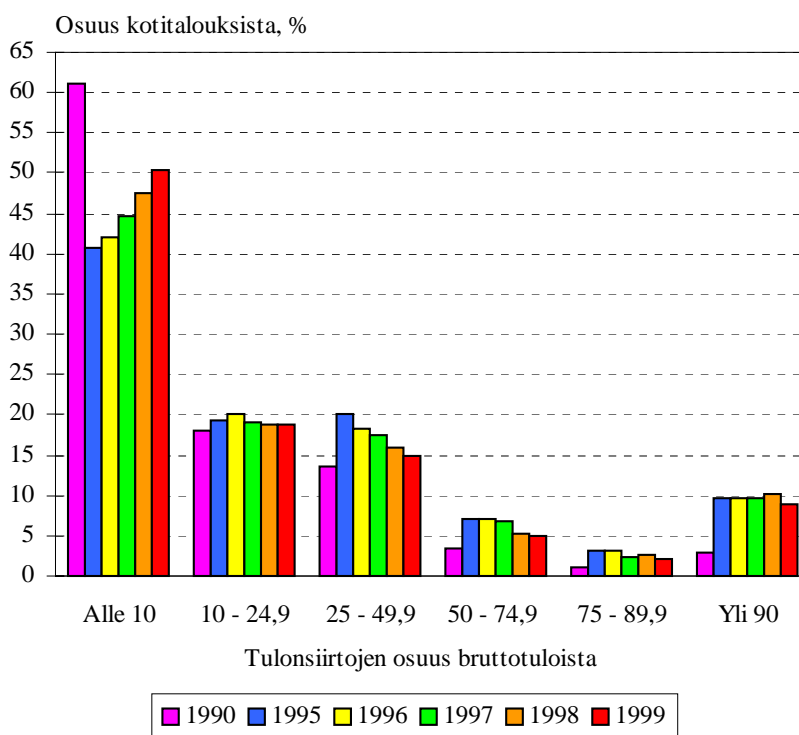
huomiotta. Esimerkiksi kansaneläkkeen suuruuteen vaikuttaa lähinnä vain eläkkeensaajan oman ansioeläkkeen suuruus. Samoin vanhempiensa luona asuvan 18 vuotta täyttäneen henkilön toimeentulotuki määräytyy hänen omien tulojensa ja toimeentulotukeen oikeuttavien menojensa mukaan.

Taulukossa 16 toimeentuloturvaetuksien jakautumista on tarkastelu käytettävissä olevien tulojen jakaumasta käsin. Tällöin kotitalouksien tuloihin on jo laskettu mukaan kyseinen etuus. Lisäksi mukana on muiden etuuksien ja välittömän verotuksen tulonjakovaikutukset. Lähinnä taulukon voi ajatella kuvaavan sitä, miten vähäiset etuuden tasoon tehtävät muutokset kohdentuivat eri tulotasoille. Taulukon tulokset ovat myös melko herkkiä sille, miten eri kokoisten ja eri tyyppisten kotitalouksien tulot muutetaan vertailukelpoisiksi (kulu-tusyksiköt), koska se vaikuttaa eri perhe-tyyppien sijoittumiseen tulojakaumalla.

Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri

Kotitalouksien riippuvuus tulonsiirroista kasvoi 1990-luvun alkupuoliskolla. Yhä useamman työikäisen kotitalouden toimeentulo rakentui suurelta osin erilaisten tulonsiirtojen varaan. Työllisyyden kohen-tumisen myötä riippuvuus tulonsiirroista vähentyi 1990-luvun jälkipuoliskolla. Suotuisasta kehityksestä huolimatta pitkä-aikaistyöttömien määrä on edelleen huomattava. Lähes täysin tulonsiirtojen varassa elävien, parhaassa työiässä olevien kotitalouksien osuus on yhä lähes lamavuosien tasolla (kuvio 67). Suurin osa tulonsiirtojen varassa elävistä työikäisistä kotitalouksista on yksin asuvia tai yksinhuoltajatalouksia. Useimmat näistä ovat työttömiä tai eläkeläisiä.

Kuvio 67. Tulonsiirtojen osuus bruttotuloista. Kotitaloudet, joiden viitehenkilö 25-54-vuotias



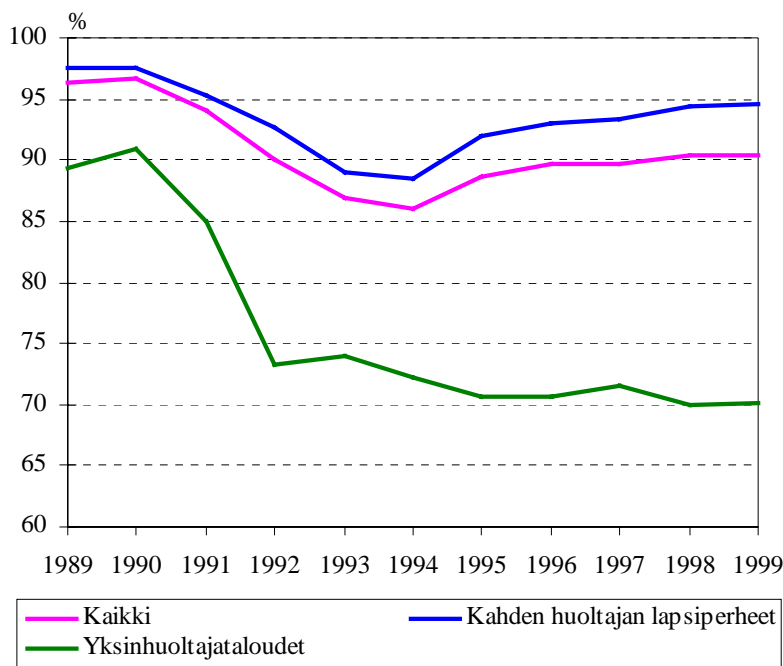
Saatujen tulonsiirtojen osuus bruttorahatuloista. Tulonsiirrot sisältävät myös kotitalouksien väliset tulonsiirrot. Viitehenkilöksi määritellään pääsääntöisesti kotitalouden suurituloisin jäsen.

Eräissä Euroopan unionin maissa on huolestuttu tilanteesta, missä lapset kasvavat perheissä, joissa vanhempien yhteydet työelämään ovat heikkoja. Tämä saattaa merkitä sitä, että lapset elävät jopa suoranaisessa köyhydessä. Nykyhetken ongelmien lisäksi tämä varjostaa myös lasten tulevaisuuden näkymiä. Kansainvälisissä vertailuissa lasten köyhyysaste on ollut meillä perinteisesti alhainen. Osaltaan tämä on johtunut lapsiperheiden hyvästä työllisyydestä. Etenkin yksinhuoltajien työllisyysaste oli vielä 1990-luvun alussa kansainvälisesti poikkeuksellisen korkea. Lapsiköyhyyttä koskevissa vertailuissa on

myös saatu tätä tukevia tuloksia. Moniin muihin maihin verrattuna Pohjoismaissa pienituloistenkin lapsiperheiden tuloista suhteellisen suuri osa on työtuloja.

Lamavuosina myös lapsiperheiden työllisyys heikkeni. Aikaisempaa useampi lapsi kuului perheeseen, jossa ei ollut ammatissa toimivia vanhempia. 1990-luvun jälkipuoliskolla lapsiperheiden työllisyys koheni jälleen. Tämä koskee kuitenkin lähinnä kahden huoltajan lapsiperheitä. Yksinhuoltajien työllisyyttä 1990-lopun noususuhdanne ei kohentanut samalla tavoin. (Kuvio 68)

Kuvio 68. Lapsiperheiden työllisyys: Osuus lapsista, joiden perheissä on ainakin yksi ammatissa toimiva



Ammatissa toimiva: Henkilö työskennellyt vuoden aikana vähintään 6 kuukautta palkansaajana tai yrittäjänä

Tulokehitys eri ikäryhmissä

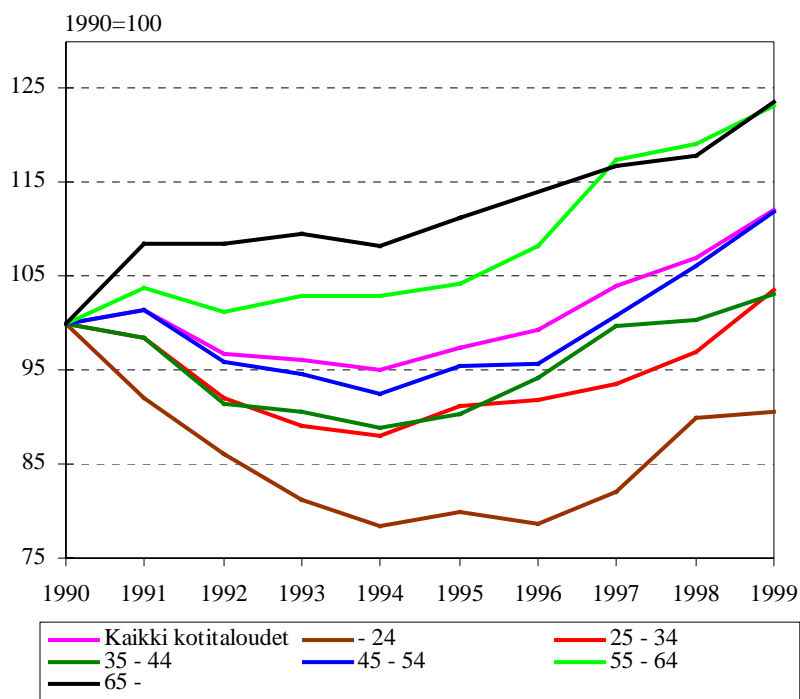
Taloukskehityksen jyrkät vaihtelut ovat heijastuneet eri tavalla eri ikäluokkien tulokehitykseen. 1990-luvun alkuvuosina heikentyi erityisesti nuorten taloudellinen asema. Vanhempien ikäluokkien toimeentulo oli paremmin laman vaikutusten ulottumattomissa kuin työikäisten talouksien.

Tämän jälkeen ikäluokkien väliset erot tulokehityksessä tasaantuivat. 1990-luvun lopulla vanhustalouksien tulokehitys on taas ollut hieman heikompi kuin työikäisten (kuvio 70). Tältä osin kehitys muistuttaa 1980-luvun lopun noususuhdannetta. Myös tällöin vanhimpien ikäluokkien tulokehitys oli muita hitaampaa.

Kuvion 69 tapaisissa poikkileikkaustarkasteluissa vanhustalouksien tuloja korottaa uusien paremman työeläkkeen omaavien ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle. Tu-

lonmuutos ei siis kuvaa ryhmään jo tarkastelujakson alussa kuuluneiden vanhustalouksien keskimääräistä tulokehitystä.

Kuvio 69. Kotitalouksien keskimääräisten reaalityulojen kehitys ikäluokittain vuosina 1990-1999



Käytettävissä olevat reaalityulot, 1990 = 100. Kuviossa on tarkasteltu ainoastaan tulojen muutosta asettamalla kunkin ikäryhmän keskituloja kuvaavan indeksin arvoksi 100 vuonna 1990. Eri ikäluokkien tulotasoissa olevat erot eivät tule tarkastelussa esiin.

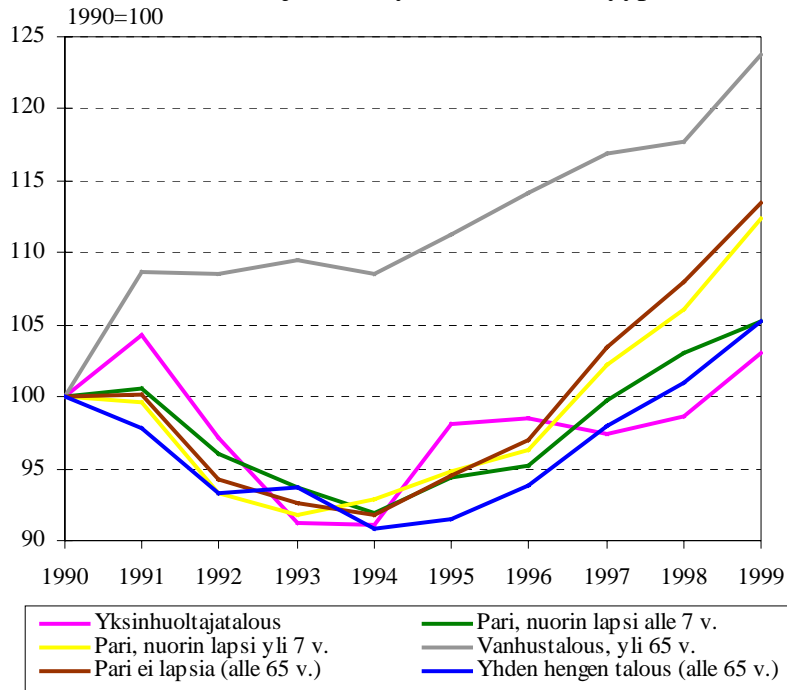
Perhetyyppien sisäiset tuloerot kasvaneet

1990-luvun alun lamavuosina työikäisen väestön keskimääräiset reaalityulot laskivat kaikissa työikäisissä perhetyypeissä. Vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen tulot alkoivat lähentyä lamaa edeltänyttä tasoa. (Kuvio 70)

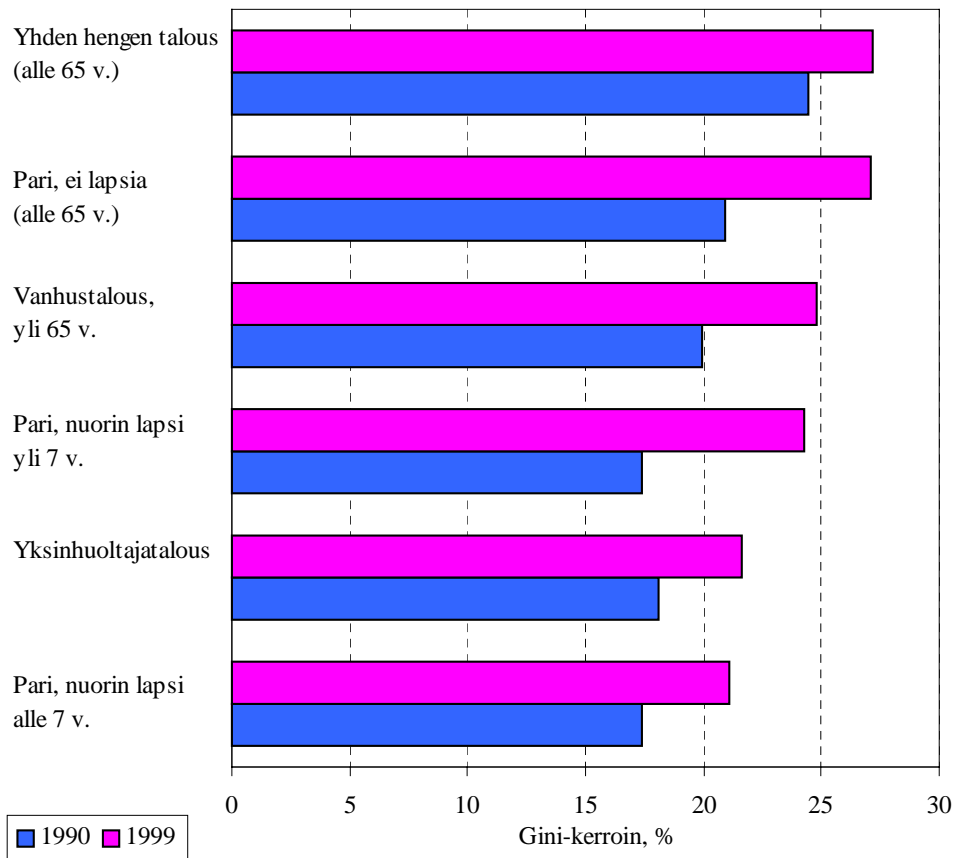
Yksinhuoltajien tulokehitys oli pitkään vaatimatonta. Vuoden 1999 tietojen perusteella näyttävät myös yksinhuoltajien tulot kääntyneen kasvuun. Yksinhuoltaja-

talouksien heikko tulokehitys 1990-luvulla ei ole pelkästään kotoinen ilmiö. Myös Ruotsissa on kiinnitetty huomiota vastaavaan kehitykseen. Sielläkin ilmiön taustalla näyttäisi olevan yksinhuoltajien muita heikompi työllisyyskehitys.

Kotitalouksien välisten tuloerojen kasvu 1990-luvun jälkipuoliskolla johtui sekä perhetyyppien sisäisten että perhetyyppien välisten tuloerojen kasvusta. Ryhmien sisäiset tuloerot kasvoivat kaikissa perhetyypeissä.

Kuvio 70. Kotitalouksien reaalityulojen kehitys eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990-1999

Käytettävissä olevat reaalityulot, 1990 = 100. HUOM! Otosaineistoihin liittyvä satunnaisvaihtelu saattaa korostaa vuosittaisia tulonmuutoksia varsinkin niissä luokissa, joissa otoskoot jäävät suhteellisen pieniksi (esim. yksinhuoltajat).

Kuvio 71. Perhetyyppien sisäiset tuloerot vuosina 1990 ja 1999

Köyhyysaste uudelleen kasvussa?

Suhteellinen köyhyys määritellään tulonjakovertailussa usein tilanteeksi, jossa kotitalouden käytettävissä olevat tulot jäävät alle puoleen kaikkien kotitalouksien mediaanitulosta. Erot kotitalouksien koossa ja perhetyypeissä on pyritty ottamaan vertailussa huomioon. Vuonna 2000 runsaat 200 000 henkilöä eli 4 prosenttia kotitalousväestöstä kuului talouksiin, joiden tulot jäivät näin määritellyn suhteellisen köyhyysrajan alle.

Suhteellinen köyhyys kääntyi 1990-luvun puolivälissä selvään kasvuun. Ammatissa toimivan väestön suotuisa tulokehitys sekä työllisyyden kohentuminen nostivat kotitalouksien keskimääräisiä tuloja ja samalla suhteellista köyhyysrajaa. Samanaikaisesti useisiin pienituloisille tärkeisiin etuuksiin tehtiin joko suoranaisia leikkauksia tai niiden indeksikorotuksista luovuttiin. Talouskehityksen voimakkaan vaihtelun takia suhteellisen köyhyysrajan käyttö 1990-luvun kehitystä kuvattaessa on ongelmallista. Välillä köyhyysraja laskee tuntuvasti, joka selittää köyhyysasteen pienenemisen 1990-luvun alussa. 1990-luvun kehityksestä saa erilaisen kuvan, jos köyhyysrajana käytetään vuoden 1990 köyhyysrajaa. Kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste kasvoi lamavuosina selvästi, jonka jälkeen kasvu pysähtyi.

Vuosikymmenen lopulla suhteellisen köyhyyden kasvu näytti vihdoinkin taittuneen, vaikka kotitalouksien hyvä tulokehitys nosti edelleen köyhyysrajaa. Vuoden 2000 ennakkotietojen mukaan köyhyysaste olisi kuitenkin jälleen kääntynyt kasvuun. Tämä johtuu lähinnä kotitalouksien mediaanituloihin sidotun köyhyysrajan noususta.

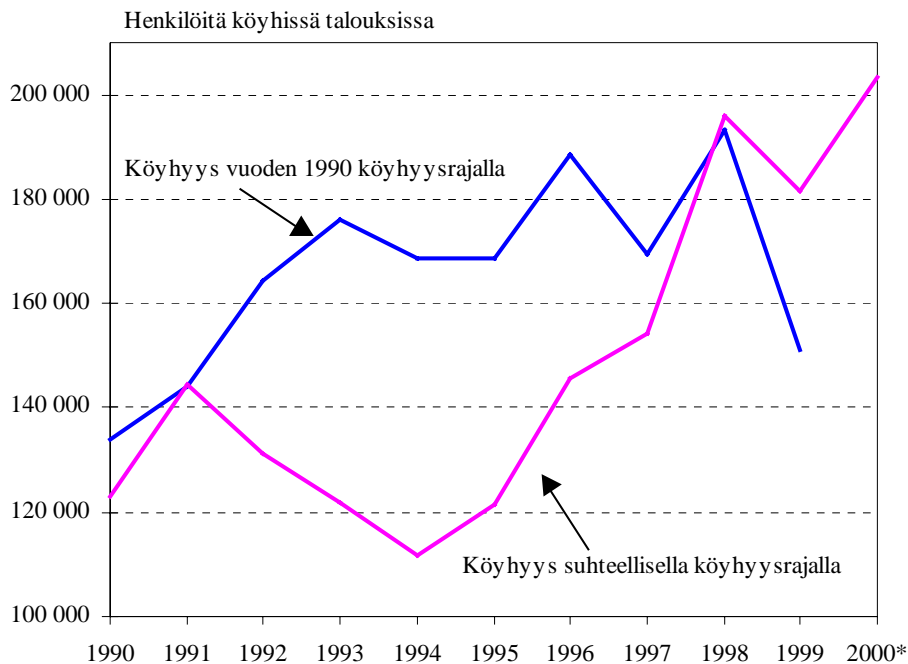
Vuoden 2002 talousarvioesitykseen liittyi useita pienituloisten kotitalouksien asemaa kohentavia uudistuksia. Jo tätä ennen ke-
sällä 2001 toteutettiin kansaneläkkeen tasokorotus. Vuoden 2002 alusta eläkkeensaajille alettiin myöntää uusia lapsikorotuksia. Lapsikorotusta voidaan myöntää

kansaneläkettä tai työeläkettä saavalle joko kaisesta alle 16-vuotiaasta omasta tai puolison lapsesta. Pienituloisten ryhmien sairauspäivärahaetuudet sekä kuntoutusraha paranevat 1.4.2002 lähtien. Uudistukset parantavat työllistyvien työttömien, opiskelijoiden, kuntoutujien, pienituloisten ja tulottomien sairausaikaista toimeentuloturvaa laajentamalla turvan kattavuutta.

Työmarkkinatuen ja työttömyysturvan peruspäivärahan tasokorotus tuli voimaan maaliskuun alusta 2002. Korotus vaikuttaa myös ansiopäivärahan suuruuteen. Lisäksi ansiosidonnaisen työttömyyspäivärahan ansio-osaa nostettiin 42 prosentista 45 prosenttiin päivapalkan ja perusosan erotuksesta. Työmarkkinatuen lapsikorotukset nousivat jo vuoden 2002 alusta yhtä suuriksi kuin ansio- ja peruspäivärahassa. Korotukset nostavat myös eräitä muita etuuksia (koulutustuki, koulutuspäiväraha, vuorottelukorvaus).

Yleisen asumistuen määräytymisperusteet muuttuivat vuoden 2002 alusta. Asumistuen enimmäisasumismenoja korotettiin, joten asumistuki kattaa aikaisempaa paremmin todelliset asumiskustannukset. Huhtikuun alusta 2002 osa toimeentulotuen saajan ansiotuloista jätetään huomiotta toimeentulotukea määrättäessä. Kyseessä on kolmivuotinen kokeilu, jonka aikana selvitetään seurantatutkimuksen avulla, mitä vaikutuksia muutoksella on tuen saajien työllistymiseen ja tuen määrään.

Uudistusten yhteisvaikutusta heikentävät etuuksien ja verotuksen väliset kytkennät. Työttömyysturvan korotus saattaa ajan myötä supistaa kotitalouden saamaa asumistukea. Osa työttömyysturvan korotuksesta hupenee veroihin varsinkin, kun moni kunnista nosti kunnallisveroprosenttiaan vuodelle 2002. Erityisesti niiden kotitalouksien asemaan, jotka muutosten jälkeenkin ovat toimeentulotuen piirissä, ei etuuksien parannuksilla ole suurta merkitystä. Tulojen rakenne muuttuu hieman, mutta tulotaso määräytyy edelleen toimeentulotuen mukaan.

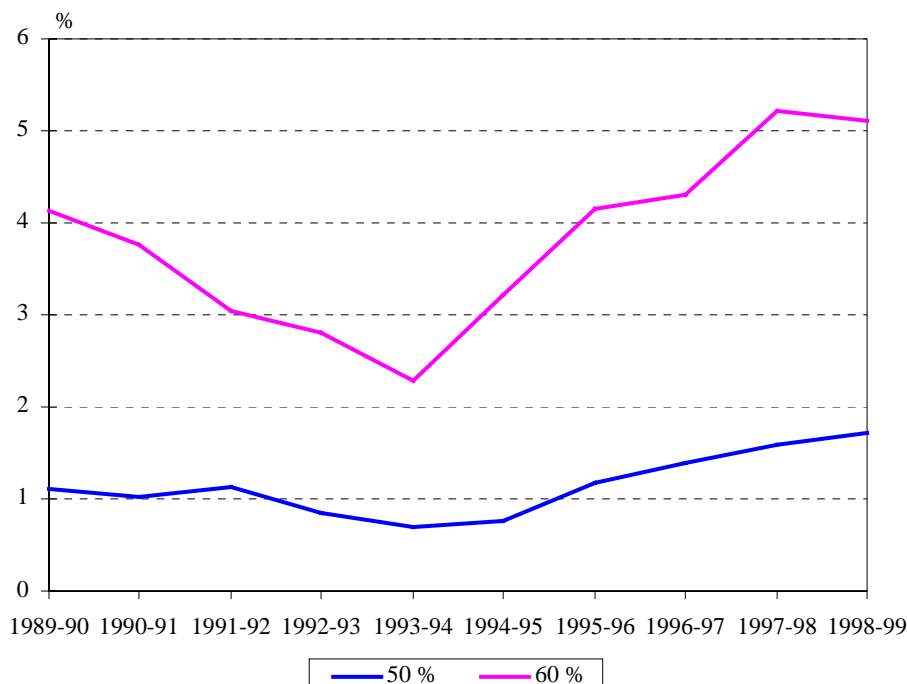
Kuvio 72. Köyhyys kiinteällä ja suhteellisella köyhyysrajalla vuosina 1990-2000

Tulokäsitem: Käytettävissä olevat tulot/OECD-kulutussyksiköt. 2000 ennakkotieto, Tilastokeskus
 Suhteelliseen ja kiinteään 1990 köyhyysrajaan perustuvat lukumäärät ovat eri suuret vuonna 1990, koska vuosien 1990-1993 lukuihin on tehty tasokorjaus tulokäsitemissä tapahtuneen muutoksen johdosta.

Köyhyyden laajuutta koskevat arviot riippuvat oleellisesti siitä, millaisia tulorajoja, tulokäsitemiä tai muita määritelmiä käytetään. Esimerkiksi Euroopan yhteisön tilastotoimisto Eurostat käyttää köyhyysrajana usein 50 prosentin sijasta 60 prosenttia mediaanitulosta. Köyhyysrajan nosto 60 prosenttiin mediaanitulosta korottaa köyhyysasteen 3,6 prosentista 9,0 prosenttiin vuonna 1999. Köyhyysrajan alittaviin talouksiin kuuluu tällöin 460 000 henkilöä. Eri kokoisten kotitalouksien tulojen vertailussa käytettävä kulutusyksikköasteikko vaikuttaa myös eri perhetyyppien köyhyysasteeseen. Eurostatin noudattama käytäntö poikkeaa tältäkin osin Suomessa yleisesti käytetystä ”vanhasta OECD-asteikosta” (ks. taulukko 17).

Vuodesta toiseen kestävästi pienituloisuuden vaikutukset ovat vielä kielteisemmät kuin lyhytaikaisemman pienituloisuuden. Osittain aineistoihin liittyvien puutteiden takia useamman vuoden kattavia köyhyys-tarkasteluja ei Suomessa ole juuri tehty. Lyhyemmän aikavälin tarkasteluja voidaan tehdä käyttäen hyväksi tulonjakotilaston kahden vuoden paneeliasetelmaa. Kahden vuoden paneelianeistosta saatava käsitys köyhyyden kehityksestä muistuttaa vuositarkastelusta saatavaa kuvaa. Kahtena peräkkäisenä vuonna köyhyysrajan alittavan väestön osuus pysyi lähes ennallaan 1990-luvun alussa, mutta kääntyi kasvuun vuosikymmenen jälkipuoliskolla.

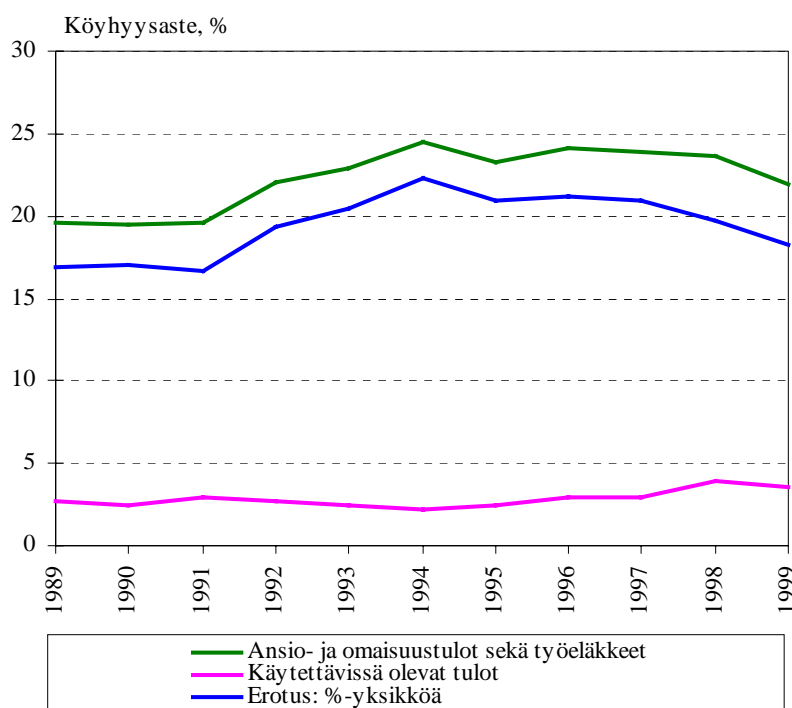
Kuvio 73. Köyhyysrajan molempina vuosina alittavan väestön osuus, %
Köyhyysrajana 50 ja 60 prosenttia kaikkien kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta



Jälkimmäisen vuoden rajana käytetty ensimmäisen vuoden rajaa kuluttajahintojen muutoksella korjattuna.

Tulonsiirtojen köyhyyttä ehkäisevä vaikutusta voi havainnollistaa vertaamalla käytettävissä olevista tuloista laskettua köyhyysastetta ansio- ja omaisuustuloista laskettuun köyhyysasteeseen. Ansio- ja omaisuustulojen lisäksi mukaan lasketaan usein myös ansioeläkkeet, koska ne perustuvat eläkkeelle siirtymistä edeltäneeseen ansiotasoon ja työuran pituuteen. Koska esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien ja vain pientä työeläkettä saavien kotitalouksien tulot jäävät hyvin vähäisiksi, köyhyysasteesta muodostuu selvästi korkeampi kuin käytettävissä olevilla tuloilla mitattuna. Köy-

hyysastetta korottaa lisäksi mediaanitulon kasvu, koska kotitalouksien maksamia veroja ei ole otettu huomioon tuloja alentavana tekijänä. Mediaanitulojen kasvu korottaa edelleen köyhyysrajaa. Pienituloiset kotitaloudet taas maksavat suhteellisen vähän veroja, joten näiden tuloja verotuksen pois jättäminen kasvattaa vähemmän. Tulonsiirtojen köyhyyttä vähentävä vaikutus kasvoi lamavuosina jyrkästi. Muun muassa työllisyyden kohentumisen takia vaikutus on palautunut lähemmäs lamaa edeltänyttä tasoa.

Kuvio 74. Köyhyysaste eri tulokäsitteillä vuosina 1990 - 1999

1990-luvun jälkipuoliskolla on erityisesti yksinhuoltajatalouksien suhteellinen köyhyysaste kasvanut (taulukko 17). Yksinhuoltajien tulonmuodostuksessa tulonsiirtojen merkitys on huomattava. Toimeentuloturvaetuksien kehityksellä suhteessa yleiseen tulokehitykseen on täten suuri vaikutus ryhmän köyhyysasteeseen. Toisaalta yksinhuoltajien työllisyys on laman jälkeen kohentunut heikommin kuin muissa perhetyypeissä.

Yksinhuoltajien korkea köyhyysaste johtuu osittain myös tilastojen laadintaan liittyvistä seikoista. Useimmat tulonsiirrot saadaan tilastoihin erilaisista hallinnollisista rekistereistä. Tästä poiketen sekä elatusavut että kuntien maksamat elatustuet kerätään tilastoihin kotitalouksia haastatteleamalla. Ainakin elatustukien osalta haastattelutiedot näyttävät selvästi alipeitäviltä. Mikäli yksinhuoltajatalouksien haastattelussa ilmoittama elatustuki korvataan mallipohjaisesti lasketulla, vuoden lopun kotitalousrakenteen mukaisella elatustuella, jää yksinhuoltajatalouksien köyhyysaste noin puolet alhaisemmaksi. Täl-

löin oletetaan, että kaikki elatustukeen oikeutetut olisivat sitä myös hakeneet. Tilastointia heikentää myös toinen tekijä. Kotitaloudet luokitellaan ja niiden kulutustarpeet (kulutusyksiköt) määritellään vuoden lopun perherakenteen mukaan. Erityisesti yksinhuoltajatalouksien osalta perherakenne heijastuu vuoden aikana saatujen tulonsiirtojen määrään. Vuoden aikana kotitalouden rakenne on saattanut kuitenkin muuttua. Tällöin yksinhuoltajatalouden vuoden aikana saamat elatusavut, elatustuet ja lapsilisät eivät välttämättä vastaa vuoden lopun mukaan määritettyä perherakennetta. Elatusapua, elatustukea ja yksinhuoltajille maksettavaa korotettua lapsilisää on saattanut kertyä vain osan vuotta.

Yksin asuvien miesten ja naisten köyhyysaste vaihtelee eri tavalla iän mukaan. Alle 30-vuotiaiden yksin asuvien naisten köyhyysaste on korkeampi kuin samikäisten yksin asuvien miesten. Tämä johtuu lähinnä siitä, että yksin asuvista naisista suurempi osa on opiskelijoita. Lisäksi naisopiskelijoiden tulot ovat miesopiske-

lijoita pienemmät. Siirryttäessä vanhempiin ikäluokkiin tilanne muuttuu. Yksin asuvien 30 – 64-vuotiaiden miesten köyhyysaste on naisia suurempi. Tämä johtuu pitkään

työttömänä olleiden miesten suuremmasta osuudesta. Lisäksi työttömistä yksin asuvista naisista suurempi osa on ansioturvan piirissä.

Taulukko 17. Suhteellinen köyhyysaste eri kotitaloustyypeissä vuosina 1994 ja 1999, %
Köyhyysraja: 50 % kyseisen vuoden mediaanitulosta

	OECD-kulutussyksiköt			Eurostat-kulutussyksiköt		
	1994	1999	Muutos, %-yksikköä	1994	1999	Muutos, %-yksikköä
Yksinhuoltajataloudet	2,8	8,7	5,9	3,4	9,9	6,5
Pari, nuorin lapsi alle 7 v.	2,3	3,8	1,5	1,5	1,7	0,2
Pari, nuorin lapsi yli 7 v.	1,3	2,7	1,4	1,1	2,4	1,3
Vanhustalous (65 + v.)	0,4	1,0	0,7	1,1	2,3	1,2
Pari, ei lapsia (alle 30 v.)	6,7	6,5	-0,2	7,9	8,5	0,6
Pari, ei lapsia (30 – 64 v.)	1,2	1,6	0,4	1,4	1,6	0,1
Yhden hengen talous (alle 30 v.)	15,7	18,0	2,4	25,0	25,8	0,8
-joista miehet	11,5	12,1	0,6	18,8	19,3	0,5
-joista naiset	20,8	23,4	2,6	32,8	31,7	-0,9
Yhden hengen talous (30 – 64 v.)	3,6	3,8	0,2	7,2	8,9	1,7
-joista miehet	5,5	5,5	0,0	11,3	11,6	0,3
-joista naiset	1,5	1,8	0,3	2,6	5,7	3,1
Muut taloudet	0,7	2,4	1,7	0,5	2,2	1,7
Kaikki kotitaloudet	2,2	3,6	1,3	2,7	4,1	1,3

Henkilöpainotus (köyhyysrajan alittaviin kotitalouksiin kuuluva väestöosuus kussakin kotitaloustyypissä). Pyöristykseen takia vuosien 1994 ja 1999 köyhyysasteiden erotus ei välttämättä täsmää muutoksen kanssa.

Tulokasite: Kotitalouden käytettävissä olevat tulot/kulutussyksikkö

Kulutussyksiköt: Eurostat: Euroopan tilastoviraston ECHP-tutkimuksessa käyttämä kulutussyksikköasteikko

OECD: Tilastokeskuksen käyttämä ns. vanha OECD-kulutussyksikköasteikko

Enemmistö eli noin 70 prosenttia köyhyysrajan alittavasta väestöstä kuului talouksiin, joissa ei ole ammatissa toimivia jäseniä. Suurimmat ryhmät ovat odotetusti työttömät ja opiskelijataloudet, joihin molempiin kuului vuonna 1999 noin neljännes köyhyysrajan alittavasta väestöstä. Monissa tutkimuksissa opiskelijataloudet rajataan usein tarkastelujen ulkopuolelle, koska opiskelijoiden pienituloisuus nähdään tiettyyn elämänvaiheeseen liittyvänä, useimmiten ohimenevänä ilmiönä. Opiskelijoiden tuloissa ei myöskään oteta huomioon opintolainoja. Näiden huomioon ottaminen

tulona laskisi opiskelijatalouksien osuutta köyhyysrajan alittavasta väestöstä noin viidellä prosenttiyksiköllä. Ammatissa toimivista ryhmistä suurimman muodostivat yrittäjät, joista pääosa koostui yksinäisyrittäjistä. Myös yrittäjätalouksien köyhyyttä koskeviin tuloksiin on tutkimuksissa suhtauduttu varauksella. Yrittäjien vuosituloille on tyypillistä voimakkaat vaihtelut, jolloin mukaan saattaa tulla lähes tulottomia vuosia. Yrittäjien tulojen määrittämiseen sisältyy myös erityisiä ongelmia.

Edellä todettiin, että köyhyysrajan nostaminen 60 prosenttiin mediaanitulosta kasvattaa köyhyyskaksin ja puolikertaiseksi 50 prosentin rajan verrattuna. Korotus

muuttaa myös köyhyyden rakennetta. Työntekijä- ja eläkeläistalouksien osuus kasvaa ja opiskelijoiden ja yrittäjien osuus pienenee.

Taulukko 18. Köyhyysrajan alittava väestön jakautuminen kotitalouden viitehenkilön sosioekonomisen aseman mukaan vuonna 1999, prosenttia

	Köyhyysraja, % mediaanitulosta	
	50 %	60 %
Työttömät	27,7	26,6
Opiskelijat	25,3	15,8
Yrittäjät ja ammatinharjoittajat	13,8	9,5
Eläkeläiset	9,0	13,6
Muut	8,7	8,5
Työntekijät	5,7	13,4
Maatalousyrittäjät	5,0	4,2
Muut toimihenkilöt	4,5	6,2
Ylemmät toimihenkilöt	0,3	2,2
Yhteensä	100,0	100,0

Kotitalouden viitehenkilöksi valitaan yleensä kotitalouden suurituloisin jäsen.

Asumismenot, köyhyys ja toimeentulo-ongelmat

Asumismenojen vaihtelu vaikeuttaa köyhyysmittareiden tulkintaa ja saattaa aiheuttaa nurinkurisia tilanteita esimerkiksi eri alueiden välisissä vertailuissa. Pienituloisen kotitalous saattaa korkeiden asumismenojen takia olla oikeutettu asumistukeen ja tätä täydentävään toimeentulotukeen. Tämän seurauksena kotitalouden tulot ylittävät köyhyysrajan. Toisella pienituloisella kotitaloudella asumismenot saattavat olla huomattavasti pienemmät, jolloin asumis- ja toimeentulotuki jäävät vastaavasti pienemmiksi tai niitä ei kerry laisinkaan. Tämän takia kotitalouden tulot voivat jäädä alle köyhyysrajan.⁸ Koska asumis- ja toimeentulotuki kattavat vain osan asumismenoista, ovat asumismenojen jälkeiset nettotulot ”köyhällä” kotitaloudella suuremmat kuin köyhyysrajan ylittävällä,

suuria asumismenoja maksavalla kotitaloudella.

Mikäli suhteellinen köyhyysaste lasketaan asumismenojen jälkeisten nettotulojen perusteella, kasvaa köyhyysaste oleellisesti. Erityisesti nuorten lapsiperheiden ja yksinhuoltajatalouksien köyhyysaste nousee korkeaksi (taulukko 19). Asuntolainojen lyhennysten ottaminen huomioon kasvat- taisi kahden huoltajan lapsiperheiden köyhyysastetta entisestään.

Vuotuiset asumismenot on tarkastelussa arvioitu vuoden lopun tilanteen mukaan. Tilanteissa, jossa asuntoa on vaihdettu vuoden aikana kotitalouden rakenteen muuttuessa, käytäntö ei sovellu. Esimerkiksi loppuvuodesta kotoaan työllistymisen myötä pois muuttanut nuori tulee helposti luokitelluksi pienituloiseksi. Menetelmä yliarviokin jonkin verran yksin asuvien nuorten ja yksinhuoltajien pienituloisuutta. Asumismenojen kaavamainen vähentäminen tuloista saattaa lisäksi korostaa liikaa lapsiperheiden ja suurten kotitalouksien toimeentulo-ongelmia. Eri kokoisten koti

⁸ Erityisesti velattomissa omistusasunnoissa asuvien osalta tilannetta oikaisee näille kertyvä laskennallinen asuntotulo, joka kasvattaa näiden kotitalouksien tuloja.

talouksien tulojen vertailussa on oletettu, että asumismenojen jälkeiset kulutustarpeet kasvavat samassa suhteessa kuin tarkastelussa, jossa asumismenoja ei ole vähennetty tuloista. Näin ei välttämättä ole, vaan asumismenojen jälkeisten tulojen tarkastelussa pitäisi ehkä käyttää hieman toisenlaista kulutusyksikköasteikkoa, jonka avulla eri kokoisten kotitalouksien tuloja vertaillaan.

Asumismenojen huomioon ottaminen muuttaa myös alueiden suhteellista asemaa. Perinteisellä tulokäsitteellä köyhyysaste on korkein maaseutumaisissa kunnissa ja alhaisin pääkaupunkiseudulla. Asumiskustannusten jälkeisillä nettotuloilla mitattuna köyhyysaste nousee kaikilla alueilla. Köyhyysaste on tällöin alhaisin maaseutumaisissa kunnissa.

Köyhyystarkastelujen tulokannan vaikeutta havainnollistaa se, että asumismenojen jälkeen pienituloisiksi luokitelluista kotitalo-

uksista enemmistö ei haastattelussa ilmoittanut toistuvista ongelmista laskujen maksamisessa tai lainojen lyhennyksissä. Esimerkiksi kahden huoltajan lapsiperheistä, joiden nuorin lapsi on alle 7-vuotias, lähes kolmannes alitti köyhyysrajan, kun tarkastelu tehtiin asumismenojen jälkeisten käytettävissä olevien tulojen perusteella. Näistä talouksista enemmistö ei kuitenkaan ilmoittanut toistuvista ongelmista laskujen maksamisessa. Sekä laskujen maksuongelmia usein kokeneita että köyhyysrajan alittavia oli ainoastaan vajaat 8 prosenttia ryhmän talouksista.

Tuloköyhyyden ja maksuongelmien löyhä yhteys ei välttämättä ole ristiriitainen tulos. Maksuongelmia ilmoittaneiden kotitalouksien suhteellisen pieni osuus voi johtua myös siitä, että pienituloiset kotitaloudet ovat sopeuttaneet menonsa vähäisten tulojensa mukaan. Maksuongelmien harvinaisuus ei siis pelkästään riitä osoitukseksi toimeentulon riittävyydestä.

Taulukko 19. Asumismenojen jälkeinen köyhyys ja kotitalouden oma ilmoitus toistuvista ongelmista laskujen maksussa tai velkojen lyhennyksissä vuonna 1999. Osuus kotitaloustyyppiin kuuluvasta väestöstä, %

	Köyhyysrajan alittaneet			Köyhyysrajan ylittäneet		
	Yhteensä	Ongelmia laskujen maksamisessa	Ei toistuvia ongelmia	Yhteensä	Ongelmia laskujen maksamisessa	Ei toistuvia ongelmia
Yksinhuoltajataloudet	41,3	15,5	25,8	58,7	12,4	46,3
Pari, nuorin lapsi alle 7 v.	31,3	7,8	23,5	68,7	4,1	64,7
Pari, nuorin lapsi yli 7 v.	15,4	3,8	11,6	84,6	5,2	79,3
Vanhustalous (65 + v.)	4,4	0,3	4,1	95,6	2,0	93,6
Pari, ei lapsia (alle 30 v.)	25,6	6,3	19,4	74,4	5,2	69,2
Pari, ei lapsia (30 – 64 v.)	4,5	0,6	3,8	95,5	4,6	90,9
Yhden hengen talous (alle 30 v.)	26,2	3,4	22,8	73,8	7,0	66,9
-joista miehet	16,5	1,7	14,8	83,5	8,1	75,5
-joista naiset	34,8	4,9	30,0	65,2	5,9	59,2
Yhden hengen talous (30 – 64 v.)	8,9	2,3	6,6	91,1	11,8	79,4
-joista miehet	10,1	2,3	7,8	89,9	13,3	76,7
-joista naiset	7,4	2,2	5,2	92,6	10,0	82,6
Muut taloudet	6,6	1,3	5,4	93,4	6,2	87,2
Kaikki kotitaloudet	16,5	4,0	12,4	83,5	5,5	78,1

Köyhyysraja: 50 % asumismenojen jälkeisestä käytettävissä olevasta kulutusyksikköä kohti lasketusta mediaanitulosta. Asumismenoihin **ei** ole laskettu asuntolainojen lyhennyksiä. Asumismenojen jälkeiseen tulokäsitteeseen ei ole sisällytetty laskennallista asuntotuloa. **Laskujen maksuongelmat:** Kotitalous ilmoitti, että se oli vuoden 1999 aikana ollut **usein** tilanteessa, jossa ei ole ollut rahaa maksujen ja laskujen maksamiseen määräpäivänä (vuokra, päivähoito-, puhelin-, sähkö- ja ruokalaskuja ja maksuja, ml. luottokorttilaskut) tai kotitalous ollut vuoden aikana **useammin kuin kerran** tilanteessa, jossa rahat eivät ole riittäneet lainojen lyhennysten tai korkojen maksamiseen.

Ylivelkaantuneiden määrä laskussa

Ylivelkaiset kotitaloudet ovat eräs toimeentulo-ongelmista kärsivä ryhmä, jota tavanomaiset köyhyystarkastelut eivät tuo esiin. Kuten köyhyyttä on ylivelkaisuuttakin hyvin vaikea mitata. Arviot ylivelkaisten lukumäärästä ja siinä tapahtuneista muutoksista vaihtelevat menetelmästä riip-

puen. Vuonna 1999 oman käsityksensä mukaan ylivelkaantuneita kotitalouksia oli vajaat 100 000 kotitaloutta. Ylivelkaantuneiden kotitalouksien lukumäärän vuonna 1998 alkanut supistuminen jatkui edelleen. Suurimmiksi yksittäisiksi syiksi ylivelkaantumiseensa kotitaloudet ilmoittivat työttömyyden ja yritystoiminnan vaikeudet (kuvio 75).

Kuvio 75. Ylivelkaantuneiden kotitalouksien jakaantuminen ylivelkaantumisen pääasiallisen syyn mukaan vuonna 1999



Velkajärjestelyssä oli vuonna 2001 noin 40 000 ihmistä. Velkajärjestelyä oli hakenut tuomioistuimissa vuoden 2000 loppuun mennessä noin 66 000 velallista ja se oli myönnetty valtaosalle hakijoista. Hakemuksista on hylätty 11-13 prosenttia. Vahvistettuja maksuohjelmia oli jo päättynyt vajaat 15 000.

Suomen Asiakastieto Oy:n keräämien tilastojen mukaan maksuhäiriöisten henkilöiden lukumäärä alkoi supistua vuonna 1998. Uusien maksuhäiriömerkintöjen huippu oli saavutettu jo aiemmin, vuonna 1995. Neljä vuotta jatkuneen vähenemisen jälkeen uudet maksuhäiriömerkinnät kääntyivät lievään kasvuun vuoden 2000 aikana. Vähäinen kasvu jatkui vuoden 2001 alkupuoliskolla. Maksuhäiriöisten henkilöiden kokonaismäärä supistui kuitenkin edelleen.

Hallitusohjelmassa on sovittu ylivelkaantuneiden ja heidän perheidensä ongelmien helpottamisesta. Velkojen vanhentumista koskevien säännösten uudistamista pohtinut toimikunta jätti kesällä 2001 mietin-

tönsä. Toimikunta ehdotti, että hoitamatta jääneet velat vanhentuisivat tuomion jälkeen lopullisesti yleensä 15 vuodessa. Mietintö ei ollut yksimielinen, ja myös sen saama lausuntopalaute oli vanhentumisaajan osalta ristiriitainen. Useat lausunnonantajat halusivat ylivelkaantuneiden asemaan pikaista helpotusta ja pitivät uudistuksia tarpeellisina. Toisaalta monet tahot olivat huolissaan uudistusten vaikutuksista velanmaksumoraalin sekä yksittäisten velallisten tasa-arvoiseen kohteluun.

Marraskuussa 2001 hallitus jätti eduskunnalle esityksen ulosottolain muuttamiseksi. Esityksen mukaan maksutuomio olisi täytäntöönpanokelpoinen 15 vuoden ajan. Jos kuitenkin velkojana olisi yksityinen ihminen tai rikoksen johdosta vahinkoa kärsinyt asiassa, jossa on tuomittu vankeutta, määrääika olisi 20 vuotta. Määrääika laskettaisiin lopullisesta tuomiosta. Sääntely koskisi yksityisoikeudellisia saatavia. Valtaosa ulosottolaitoksen perimistä saatavista on veroja ja julkisia maksuja, joita koskee viiden vuoden vanhentumisaika. Myös sakot ja lapsen elatusapu vanhenevat viidessä

vuodessa. Määräaika säännöksillä ei olisi vaikutusta niiden perintään. Käytännössä uudistus merkitsisi sitä, että kuluttajien velat olisivat 15 vuoden piirissä, jollei velkojana ole elinkeinonharjoittajana toimiva luonnollinen henkilö. Myös takaajana olevalta yksityiseltä ihmiseltä voitaisiin periä takausvelkaa 15 vuotta, jollei luotonantaja ole poikkeuksellisesti toinen yksityinen ihminen. Sen sijaan yksityinen ihminen, joka takaajana on maksanut toisen velan, saisi periä maksamaansa määrää päävelalliselta 20 vuotta. Esityksen mukaan määräaikoja sovellettaisiin taannehtivasti enintään kymmenen vuoden ajalta ennen lain voimaantuloa 1.3.2003.

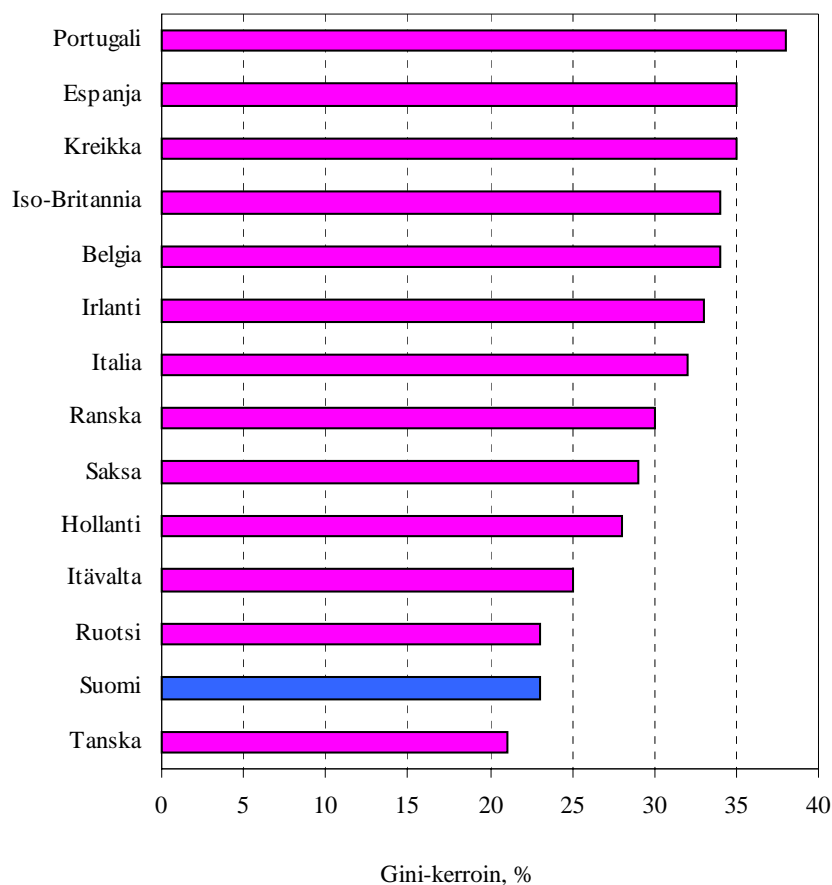
Velkajärjestelyyn päässeet velat lakkaavat tavallisesti viiden vuoden maksuohjelman jälkeen. Velkajärjestelyyn päässeiden ja

sen ulkopuolelle jääneiden velallisten asemassa voi siten olla suuri ero. Oikeusministeriössä on käynnissä myös yksityishenkilön velkajärjestelyä koskevan lain muuttaminen. Tarkoituksena on saada velkajärjestelyn piiriin nykyistä laajemmin sellaiset ylivelkaantuneet, joiden velkajärjestelyhakemus on hylätty tai tulisi hylättäväksi laissa säädetyn esteen perusteella.

Tuloerot kansainvälisesti verrattuna

Useimpiin muihin EU-maihin verrattuna tuloerot ovat Suomessa pienet. Pohjoismaat erottuvat vertailuissa omaksi ryhmäkseen, jossa tuloerot ovat selvästi muita EU:n jäsenvaltioita pienemmät. (Kuvio 76)

Kuvio 76. Tuloerot EU-maissa vuonna 1997



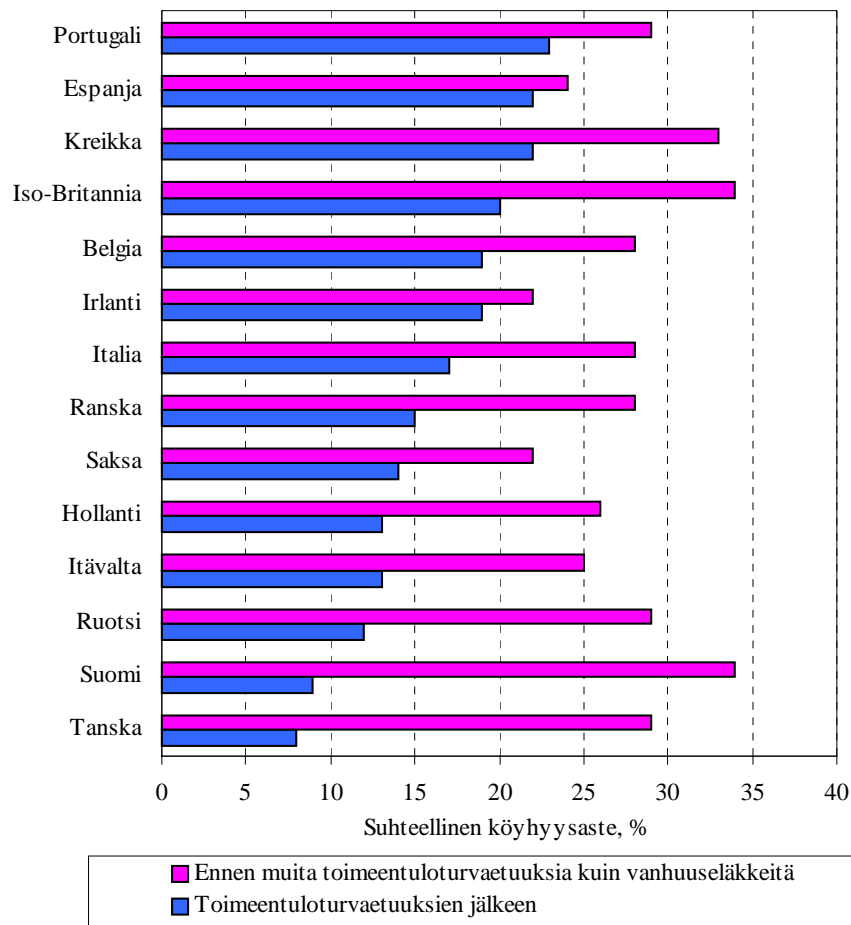
Mitä suurempi Gini-kertoimen arvo, sitä suuremmat tuloerot

Lähde: Eurostat, ECHP

Myös pienituloisen väestön osuutta mittaava suhteellinen köyhyysaste on Suomessa ja muissa Pohjoismaissa alhaisempi kuin EU-maissa. Tämä johtuu pitkälti toimeentuloturvaetuuksien vaikutuksesta. Mikäli toimeentuloturvaetudet vanhuuseläkkeitä lukuun ottamatta jätetään tarkastelun ulkopuolelle, kasvavat Suomen, Tanskan ja Ruotsin köyhyysasteet suuremmiksi kuin EU:ssa keskimäärin. Muihin EU-maihin

verrattuna toimeentuloturvaetuuksien köyhyyttä vähentävä vaikutus on meillä siis suuri. Köyhyyttä vähentävä vaikutus saattaa tällaisessa kaavamaisessa tarkastelussa tulla yliarvioituksi. Toimeentuloturvaetudet ja niiden rahoittamiseksi kerättävät verot voivat heikentää työllisyyttä. Tämä taas kasvattaa köyhyysastetta tarkastelussa, joissa toimeentuloturvaetuuksia ei ole vielä laskettu tuloihin. (Kuvio 77)

Kuvio 77. Suhteellinen köyhyysaste EU-maissa vuonna 1997.
Köyhyysraja 60 prosenttia kunkin maan mediaanitulosta



Lähde: Eurostat, ECHP

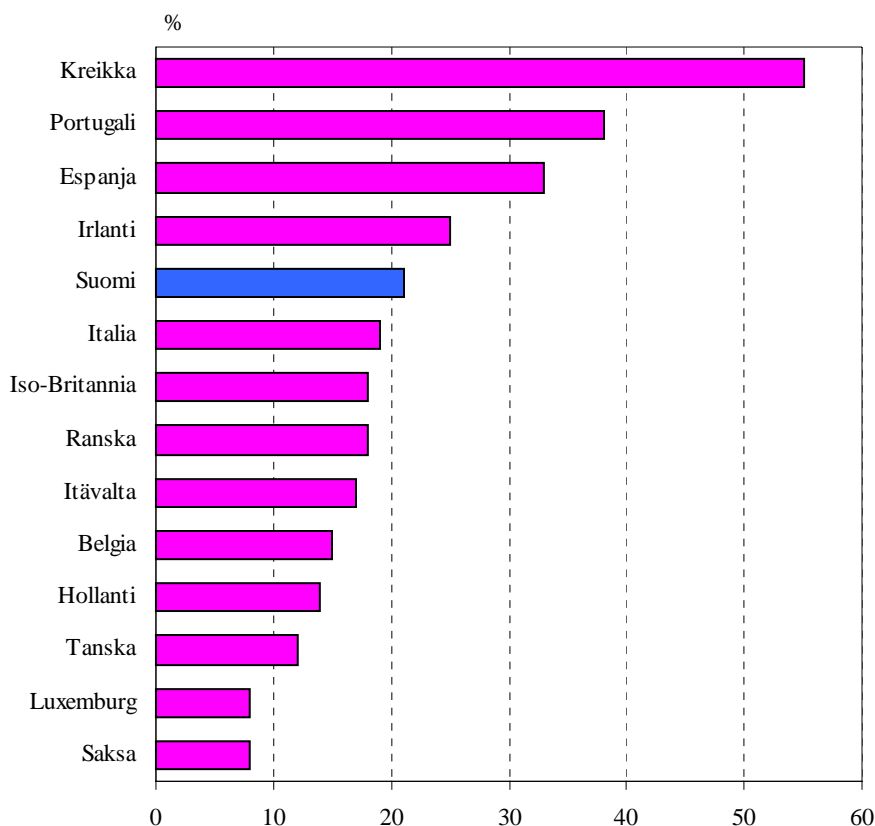
Kuvion 78 tarkastelussa köyhyys on kussakin maassa määritelty suhteessa saman maan kotitalouksien mediaanituloihin. Korkean tulotason maissa myös köyhyysraja on siis korkeammalla kuin alhaisen tulotason maissa. Tämän takia eri maiden köyhyysasteita ei sellaisenaan voi käyttää pienituloisen väestön tulojen vertailuun eri

maiden välillä. Tulojen ostovoimalla mitattuna Suomen köyhyysraja on selvästi alhaisempi kuin esimerkiksi Tanskan, Saksan ja Iso-Britannian. Alhaisimmat köyhyysrajat ovat Portugalissa, Kreikassa ja Espanjassa. Tästä huolimatta suhteelliset köyhyysasteet olivat korkeimmat juuri näissä samoissa maissa.

Tulonjakoa ja köyhyyttä koskeviin kansainvälisiin tilastovertailuihin sisältyy lukuisia ongelmia. Tietojen vertailukelpoisuus on rajallinen ja esimerkiksi korkeisiin asumis- tai terveydenhoitokustannuksiin liittyvät toimeentulo-ongelmat eivät välttämättä tule niissä esiin. Euroopan yhteisön tilastotoimisto Eurostat on kerännyt kotitalouksien omaan ilmoitukseen perustuvaa tietoa toimeentulo-ongelmista. Tämän mukaan toimeentulo-ongelmat olisivat Suo-

nessa suhteellisen yleisiä, mutta silti selvästi harvinaisempia kuin eräissä Välimeren maissa (kuvio 78). Kyselyn tulosten tulkinta on melko vaikeaa. Toisin kuin suhteellinen köyhyysaste, joka kuvaa maan sisäistä tulonjakoa, vastaukset heijastavat myös maiden välisiä eroja tulotasossa. Kulttuuriset erot tavassa vastata tämän tyyppisiin kyselyihin saattavat myös olla suuret.

Kuvio 78. Toimeentulo-ongelmia kokeneiden osuus eräissä EU-maissa vuonna 1996



6-luokkainen muuttuja. Osuus, joilla ”vaikeuksia tai suuria vaikeuksia saada rahansa riittämään”. Lähde: Eurostat

Kirjallisuutta

- Bradbury, Bruce and Jäntti Markus: Child Poverty across Industrialized Nations. Innocenti Occasional Paper-Economic and Social Policy Series no.71
- Förster M .F. assisted by Pellizzari M. Trends and Driving Factors in Income Distribution and Poverty in the OECD Area. Labour Market and Social Policy Occasional Papers N° 42. OECD, 2000.
- Income Distribution and Poverty in Selected OECD Countries. Economics Department Working Papers No. 189, OECD, 1998. (ks. <http://www.oecd.org/eco/eco>)
- Reijo, Marie: Kotitalouksien asuntolainat ja ylivelkaantuneisuus 1990-luvun jälkipuoliskolla. Katsauksia 2000/8. Tilastokeskus
- Riihelä, Marja ja Sullström, Risto: "Tuloerot ja eriarvoisuus suuralueilla pitkällä aikavälillä 1971-1998 ja erityisesti 1990-luvulla. VATT-tutkimuksia 80, 2001.
- Timothy M. Smeeding with assistance from Andrzej Grodner (2000): Changing Income Inequality in OECD Countries: Updated Results from the Luxembourg Income Study (LIS). Luxembourg Income Study Working Paper No. 252.
- Tulonjakotilastot 1990-1999. Tulonjako-ennakkotilasto 2000. Tilastokeskus.
- Työmarkkinoilta syrjäytyminen, tulonjako ja köyhyys. Työryhmäraportti. valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2001/13.

5. Köyhyys ja syrjäytyminen Suomessa sekä Euroopan unionissa⁹

Syrjäytymisen käsite liitetään yhteiskunnallisiin mekanismeihin, jotka tuottavat tai ylläpitävät sosiaalista kurjistumista. Syrjäytyminen eroaa köyhyydestä siinä, että se ei viittaa pelkästään rajallisiin voimavaroihin vaan syrjäytyminen liitetään osattomuuteen tai olemassa olevien mahdollisuuksien puutteeseen verrattuna väestön enemmistöön.

Eurooppa-neuvoston kokouksessa Lissabonissa maaliskuussa 2000 Euroopan unionin jäsenvaltiot tekivät merkittävän päätöksen syrjäytymisen ja köyhyyden vastaisen taistelun ottamisesta keskeiseksi osaksi Euroopan sosiaalisen mallin uudistamista.

Eurooppa-neuvoston joulukuussa 2000 pidetyn Nizzan huippukokouksen päätösten tuloksena köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaisten kansallisten toimintasuunnitelmien laatiminen käynnistyi kussakin jäsenvaltiossa. Valmiit toimintasuunnitelmat julkaistiin kesäkuussa 2001. Ne sisältävät jäsenmaiden ensisijaiset poliittiset tavoitteet sekä yksityiskohtaiset kuvaukset toteutettavista tai suunnitelluista toimenpiteistä seuraavan kahden vuoden aikana. Toimintasuunnitelmat laadittiin neljän yhteisesti sovitun tavoitteen mukaisesti.

Nämä neljä yhteistä tavoitetta ovat:

- helpottaa työllistymistä ja edistää sellaisten voimavarojen, oikeuksien, hyödykkeiden ja palveluiden saatavuutta, joiden avulla kaikki kansalaiset voivat osallistua täysin taloudelliseen ja yhteiskunnalliseen elämään
- ehkäistä syrjäytymisvaaraa
- auttaa heikoimmassa asemassa olevia
- ottaa mukaan kaikki toimijat

Tavoitteena on ollut eri maiden toimintasuunnitelmien rakenteen ja sisällön harmonisointi vastavuoroisen oppimisen helpottamiseksi. Samalla kuitenkin säilytetään jäsenvaltioiden päävastuu politiikan teossa ja toimeenpanossa. EU:n strateginen päämäärä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden lisäämiseksi ei välttämättä vaadi yhteisiä ratkaisuja, mutta se edellyttää vähintään yhteistä ymmärrystä ja syrjäytymisen vastustamisen erilaisten lähestymistapojen analyysiä.

Euroopan komission ja sosiaalisen suoje-lun komitean työn tuloksena laadittiin eri maiden toimintasuunnitelmien pohjalta yhteinen raportti Laekenin Eurooppa-neuvostoon joulukuussa 2001. Yhteisraportissa analysoidaan ja kootaan yhteen kaikkien EU:n jäsenmaiden erilaiset poliittiset strategiat ja merkittävimmät toimenpiteet. Niiden tulee olla yhdenmukaisia köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan yhteisten tavoitteiden kanssa. EU on nyt ensimmäistä kertaa hyväksynyt köyhyyttä ja syrjäytymistä käsittelevän poliittisen asiakirjan, johon on liitetty yhteisten indikaattorien luettelo. Se on merkki eurooppalaisen yhteistyön vahvistumisesta tällä alalla.

Tämän vuoden ensimmäisellä puoliskolla huomio kiinnitetään vastavuoroisen oppimisen organisointiin. Tätä tukee yhteisön tammikuussa 2002 alkanut uusi toimintasuunnitelma. Yhteisön toimintasuunnitelma (The Community Action Programme) eli sosiaalisen syrjäytymisen vastainen yhteistyöohjelma on avaintekijä avoimessa koordinaatiomenetelmässä, joka hyväksyttiin Lissabonin huippukokouksessa maaliskuussa 2000. Sillä on kansallisten toimin-

⁹ Toimitettu sosiaali- ja terveysministeriössä virkamiesvaihdossa olleen Lawrence Wakehamin englanninkielisen tekstin pohjalta.

tasuunnitelmien valmistelua, toteutusta ja seurantaan täydentävä ja tukeva rooli.

Saatujen ensimmäisen toteutusvuoden kokemusten perustella jäsenvaltioiden ja komission sosiaalisen suojelun komitean välillä käydystä vuoropuhelusta tehdään johtopäätökset vuoden 2002 jälkipuoliskolla. Johtopäätösten avulla pyritään tavoitteiden ja yhteistyön lujittamiseen seuraavia syrjäytymisen ja köyhyyden vastaisia kansallisia toimintasuunnitelmia laadittaessa.

Syrjäytymisen ja köyhyyden vastainen taistelu Suomessa universaalin sosiaalipolitiikan avulla

Nykyisen köyhyyden ja syrjäytymisen juuret suomalaisessa yhteiskunnassa ovat 1990-luvun alun lamassa. Köyhyydestä ja syrjäytymisestä kärsivät lähinnä työttömät, muut toimeentulotuesta riippuvaiset ryhmät sekä ylivelkaantuneet. Kuitenkin Suomen köyhyysaste on edelleen Euroopan unionin alhaisimpia ja kansalliset lähteet osoittavat, että vakavasti syrjäytyneiden määrä on 30 000 – 60 000, mikä merkitsee 0,6 – 1,2 prosenttia suomalaisista.

Yhteisraportissa on tuotu esiin EU:n jäsenvaltioiden erilaiset sosiaalipoliittiset järjestelmät ja se, miten erot ovat vaikuttaneet kansallisten toimintasuunnitelmien luonteeseen. Suomen järjestelmä, kuten myös eräiden muiden maiden (Alankomaat, Ruotsi, Tanska) kehittyneet hyvinvointijärjestelmät, on menestyksekkäästi turvannut perushyödykkeiden saatavuuden ja suhteellisen köyhyysasteen (alle 60 % käytettävissä olevien tulojen mediaanista) pysymisen selvästi alle EU:n keskimääräisen 18 prosentin tason vuonna 1997. Suomessa suhteellinen köyhyysaste oli 9 prosenttia. Ruotsissa suhteellinen köyhyysaste oli 12 prosenttia ja Tanskassa se oli 8 prosenttia. Näissä maissa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan lähtökohdana on vakiintuneen kansallisen sosiaalipoliittisen järjestelmän säilyttäminen, jol-

loin tarkastelukulma kaventuu muutamien hyvin rajattujen riskitekijöiden huomioon ottamiseksi.

Sen sijaan jäsenvaltioissa, joiden hyvinvointijärjestelmät ovat keskimääräistä kehittymättömämpiä, kuten Kreikassa, Portugalissa, Espanjassa, Italiassa ja Irlannissa, köyhyys ja syrjäytyminen ovat perustavaa laatua oleva ongelma. Nämä maat ovat käyttäneet kansallisia köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisia toimintasuunnitelmia sosiaalipoliittisten järjestelmien merkittävien uudistusten ja muutosten toteuttamiseksi. Kaikissa näissä maissa suhteellinen köyhyysaste ylittää EU:n keskimääräisen tason. Erityisen korkea köyhyysaste on Portugalissa (23 %) ja Kreikassa (22 %).

Pohjoismaista universaalia sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyspalvelujen mallia ja kattavaa toimeentuloturvajärjestelmää hyödyntäen Suomen on onnistunut minimoida köyhyyden ja laajan sosiaalisen syrjäytymisen ongelmat. Tämän johdosta Suomen toimintasuunnitelmassa on esitetty toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan ja vahvistamaan universaalia järjestelmää. Kuitenkin aikaisempaa enemmän on korostettu työn ensisijaisuutta. Samoin on lueteltu erikseen joukko riskitekijöitä sekä haavoittuvimmassa asemassa olevia ryhmiä.

Suomen voi myös ryhmitellä kuuluvaksi samaan ryhmään niiden jäsenvaltioiden kanssa, kuten Tanskan, Ruotsin ja Alankomaiden, joiden sosiaalipolitiikassa kaikkien toimijoiden osallistuminen sekä hajautettu hallinto ovat osa normaalia käytäntöä. Suomella on vakiintuneet ja perinteiset neuvottelujärjestelmät valtion, kuntien sekä työmarkkinajärjestöjen kesken tulo-, vero-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikassa. Yhteistyö on myös tihentynyt kansalaisjärjestöjen ja kolmannen sektorin kanssa. Tätä toimintamallia on tarkoitus jatkaa ja parantaa Suomen kansallisen syrjäytymisen

ja köyhyyden vastaista suunnitelmaa toimenpantaessa ja kehitettäessä.

Työn ensisijaisuus ja pitkäaikaistyöttömyyden pysyvyys

EU:n jäsenmaissa on yleisesti hyväksytty näkemys, että työllisyyden parantaminen on avaintekijä köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyssä ja lieventämisessä. Yhteisraportissa mainittuja päähaasteita ovat työllistymisen parantamiseen tähtäävien toimenpiteiden edistäminen, erityisesti kaivaimaksi työmarkkinoista etäännyneiden kohdalla sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen.

Tällä hetkellä Suomen työllisyysaste on 67,5 prosenttia. EU:n työllisyystavoitteena on työllisyysasteen nostaminen 70 prosenttiin. Työllisyysasteen parantamisen pääkeinoja ovat pitkäaikaistyöttömien määrän vähentäminen ja heikon osaamistason omaavien työllistymismahdollisuuksien parantaminen. Suomen pyrkimyksenä on helpottaa kaikkien työkykyisten henkilöiden osallistumista työelämään taloudellisten kannustimien, aktivointitoimenpiteiden ja työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen avulla.

Vaikka kaikki köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaiset kansallisen toimintasuunnitelmat painottavat työllisyyden merkitystä, on yhteisraportin mukaan havaittavissa myös eroja. Nämä erot heijastavat työllisyysilanteen eroja jäsenmaissa. Korkean työllisyyden maissa, kuten Alankomaissa, Tanskassa, Ruotsissa ja Irlannissa, korostetaan tiettyjen erityisryhmien, kuten vanhusten, maahanmuuttajien ja vammaisten työllistämistä integroimalla ajankohtaisen työvoimapulan helpottamiseksi. Toisaalta maissa, joissa työttömyys ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on laajalle levinnyt ongelma, keskitytään kattavaan uusien työpaikkojen luovaan työllisyyspolitiikkaan pitkäaikaistyöttömien ja nuorten työllistämiseksi.

Suomessa vaikeasti työllistettävien henkilöiden pitkäaikaistyöttömyys on yhä sitkeä ongelma. EU:n sosiaalisen osallisuuden indikaattorit osoittavat, että pitkäaikaistyöttömien osuus on laskenut merkittävästi ja on tällä hetkellä alle EU:n keskiarvon, joka vuonna 2000 oli 3,6 prosenttia. Suomessa pitkäaikaistyöttömien osuus työikäisestä väestöstä on laskenut vuonna 1995 mitattuna 5,5 prosentista 2,8 prosenttiin vuonna 2000. Kuitenkin pitkäaikaistyöttömyys on yhä suhteellisen korkealla tasolla verrattuna moniin EU:n jäsenvaltioihin. Vuonna 2000 pitkäaikaistyöttömien osuus oli Britanniassa 1,5 prosenttia, Ruotsissa 1,3 prosenttia ja Tanskassa 1,0 prosenttia. Korkeimmat osuudet olivat vuonna 2000 Irlannissa 6,4 prosenttia ja Kreikassa 5,9 prosenttia.

Suomessa työllistymisen esteitä on poistettu parantamalla verotus- ja etuusjärjestelmien kannustavuutta. Uusia vähän koulutettujen työllistymistä edistäviä palveluja ja tuetun työllistämisen muotoja on kehitetty. Maahanmuuttajien alhainen työllisyys on ongelma, jota pyritään ratkaisemaan kohdennetuilla työllistämisen- ja koulutusohjelmilla. Tällä hetkellä maahanmuuttajien työttömyysaste on yli kolme kertaa keskimääräistä korkeampi. Kuntouttava työtoiminta ja siihen liittyvät tukitoimenpiteet tähtäävät pitkäaikaistyöttömyyden vähentämiseen ja henkilön elämänhallinnan parantamiseen. Nämä ovat toimintasuunnitelmassa lueteltuja päämenetelmiä syrjäytymisen katkaisemiseksi.

Perheen ja työelämän yhteensovittamisessa Suomen järjestelmä toisin kuin monissa muissa EU:n jäsenmaissa perustuu universaaliin päivähoitojärjestelmään, joka mahdollistaa naisten laajan työhön osallistumisen. Sen ohella järjestelmään kuuluu laaja vanhempainlomakausi, perhe-etuudet sekä yksilölliset sosiaaliturvaoikeudet. Suomen kansallisessa toimintasuunnitelmassa mainitaan myös koululaisten iltapäivätoiminnan kehittäminen.

Haavoittuvassa asemassa olevat tarvitsevat kohdennettua tukea

Työllisyyspainotuksen lisäksi kansallisessa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toimintasuunnitelmassa on tuotu esille erityistä kohdennettua tukea vaativat ryhmät. Kiireellisen avun tarpeen tai riittämättömän tuen vuoksi heidän avustamiseensa tulee panostaa lisää. Tällaisia ryhmiä ovat köyhät tai ylivelkaantuneet lapsiperheet, maahanmuuttajat, asunnottomat ja mielenterveysongelmista kärsivät. Erityistä huomiota on kiinnitettävä myös maan eri osien sekä asuinalueiden kasvavaan taloudelliseen ja sosiaaliseen erilaistumiseen.

Köyhyyden ja syrjäytymisriskin alaiset nuoret

Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa kansallisessa toimintasuunnitelmassa kiinnitetään huomiota nuorten syrjäytymiseen. Siinä keskitytään aikuistumisvaiheeseen, jolloin heikot edellytykset ja alttius riskeille voivat vaikuttaa keskeisesti nuoren tuleviin työllisyysnäkyymiin sekä yleiseen sosiaalisatikehitykseen.

Monella tavalla Suomea voi laman jälkeenkin pitää maana, jossa nuorten syrjäytymistä esiintyy vain vähän verrattuna muihin EU:n jäsenmaihin. Suomessa koulun keskeyttäneiden määrä on pieni, nuorten pitkäaikaistyöttömyys vähenee ja huumeiden käyttäjien määrä on yhä varsin vähäinen. Kuitenkin sitkeä 15-24-vuotiaiden nuorisotyöttömyys (21,4 % vuonna 2000) ja nuorten päihteiden väärinkäytön yleinen lisääntyminen sekä siihen liittyvät haitalliset lieveilmiöt ovat huolestuttavia suunta-

uksia, jotka mainitaan toistuvasti Suomen toimintasuunnitelmassa.

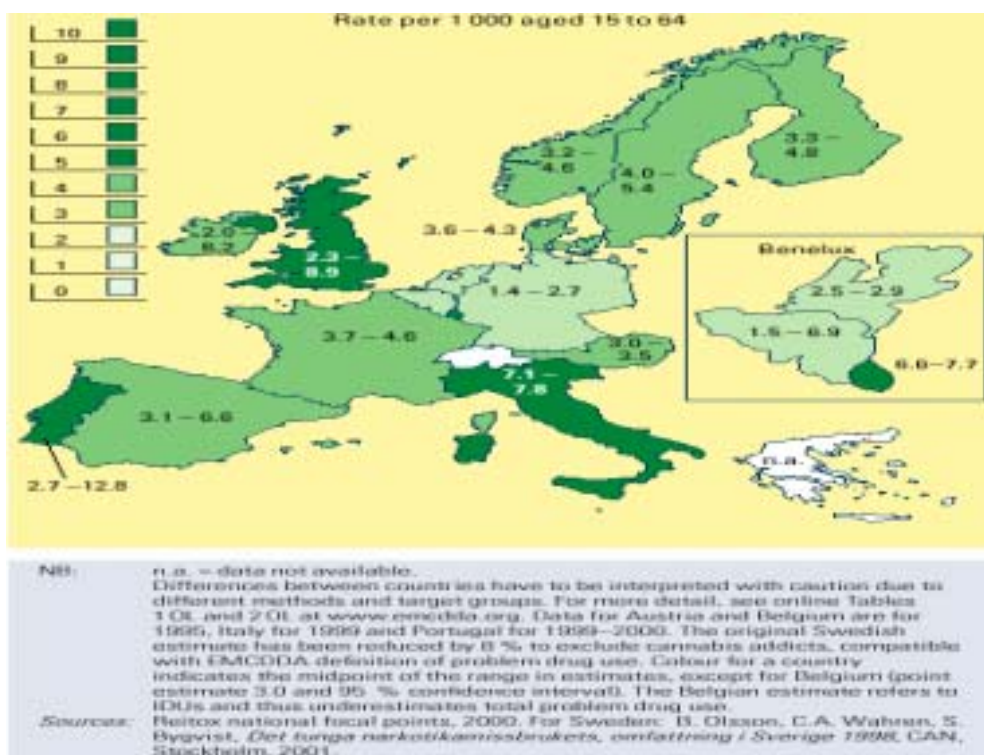
Opintonsa varhain lopettaneiden nuorten (18 – 24-vuotiaat) osuus on Suomessa pieni verrattuna muihin EU:n jäsenvaltioihin. Vuonna 1995 osuus oli 12,8 prosenttia kaikista nuorista. Se on tasaisesti laskenut 9,8 prosenttiin vuonna 2000. Lukema on selvästi EU:n keskitasoa (18,5 % vuonna 2000) alhaisempi. Ruotsissa osuus oli 7,7 prosenttia ja Tanskassa 11,7 prosenttia vuonna 2000. Sukupuolten ero on kuitenkin selvä; Suomessa opintonsa varhain lopettaneiden miesten osuus oli 12,5 prosenttia naisten vastaavan osuuden ollessa vain 7,2 prosenttia.

Suomen toimintasuunnitelmassa kannetaan huolta niistä, joita uhkaa opintojen keskeytyminen, tarjoamalla lisätukea opintojen tai koulutuksen jatkamiseksi. Tällaisia aloitteita ovat opintonsa keskeyttäneille tai alhaisin arvosanoin suorittaneille oppilaille tarkoitetut nuorten työpajat, sekä 15 – 17-vuotiaiden nuorten kuntoutuskokeilut.

Nuorten päihteiden väärinkäyttö tunnustetaan sekä köyhyyden ja syrjäytymisen syyksi että seuraukseksi kaikissa EU:n jäsenmaissa. Suomessa kiellettyjen huumeiden käyttö on eurooppalaisittain vähäistä. Kuitenkin laittomien huumeiden saatavuus sekä kulutus ovat kasvaneet pikavauhtia nuorten keskuudessa, vaikkakin ns. kovien huumeiden käyttö on edelleen vähäistä kaikissa ikäryhmissä (kuvio 79).

Definition: “Problem Drug use” is defined as “injecting drug use or long duration/regular use of opiates, cocaine and/or amphetamines”.

Kuvio 79. Kansalliset arviot huumeiden ongelmakäytön laajuudesta EU-maissa ja Norjassa 1996 - 1998

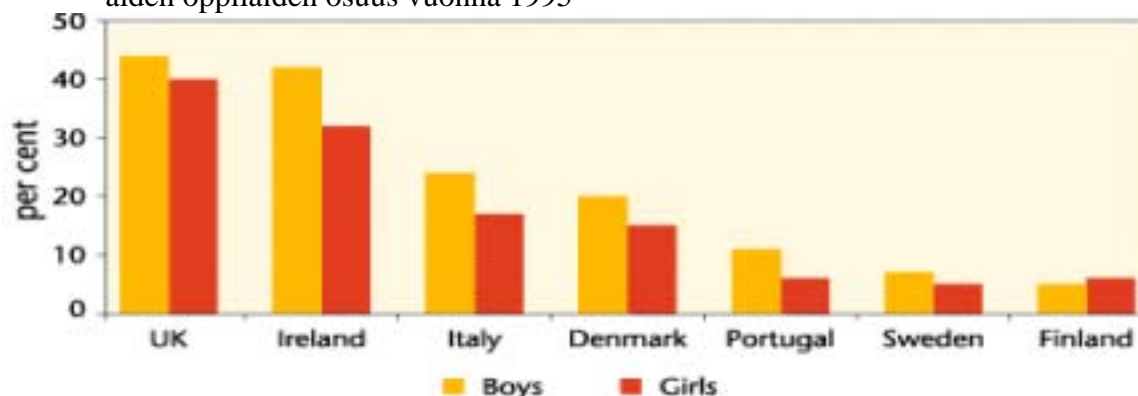


Lähde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. (<http://annualreport.emcdda.org>)

Vuonna 1999 15 - 16-vuotiaiden keskuudessa tehty tutkimus osoitti, että ikäluokasta noin joka kymmenes oli kokeillut kannabistuotteita ainakin kerran. Vuoteen 1995 verrattuna kokeilujen määrä oli kaksinkertaistunut. Huumeiden käytön haittoja

vuonna 2000 selvitettiin kyselyllä, joka toteutettiin 113 päihdehuollon yksikössä. Tutkimus osoitti, että merkittävin apua hakeva ryhmä oli 20 - 24-vuotiaat nuoret, joiden syrjäytymisriski oli suuri työttömyyden ja asunnottomuuden johdosta.

Kuvio 80. Jotakin laiton huumetta oman ilmoituksen mukaan kokeilleiden 15 - 16-vuotiaiden oppilaiden osuus vuonna 1995



Lähde: Björn Hibbell et al, The 1999 ESPAD report -The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2000.

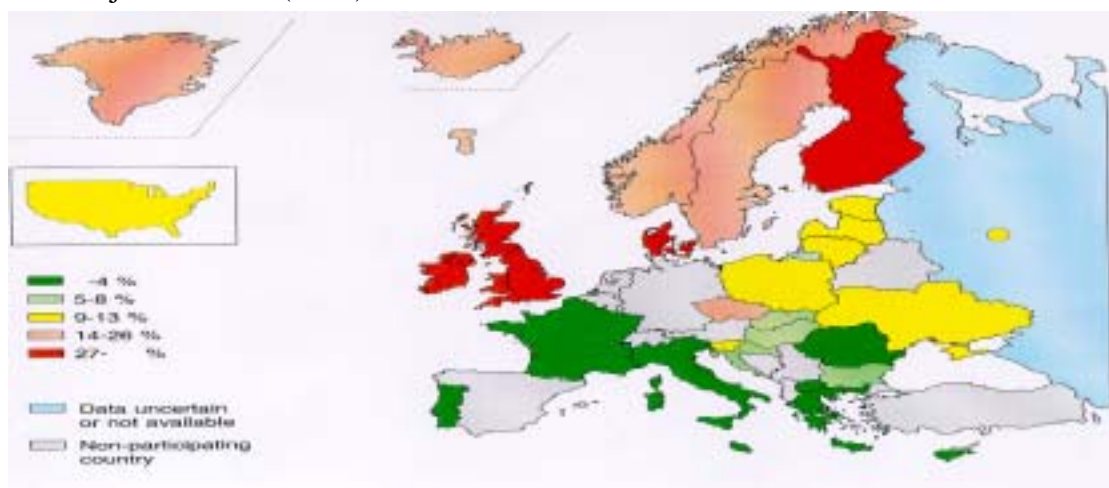
Euroopan huumeiden ja huumeriippuvuuden seurantakeskuksen vuoden 2001 raportin mukaan kannabiskokeilut lisääntyivät 1990-luvulla useimmissa EU-maissa. Huumeiden käytön kasvu on ollut Suomessa suhteellisesti nopeampaa kuin maissa, joissa käyttö yleistyi jo aikaisemmin, kuten Tanskassa tai Britanniassa.

Poiketen monista muista EU:n jäsenmaista ei huumeiden käyttö ole vielä normaalistunut tai vakiintunut nuorisokulttuurin osaksi Suomessa. Perinteisesti huumeiden rajallinen käyttö on osoitus hyvästä työllisyydestä ja sosiaalisesta osallisuudesta, syrjäi-

sestä sijainnista huumekaupan valtavirtoihin nähden sekä huumeita käyttävien alakulttuurien suhteellisesta eristäytyneisyydestä. Kuitenkin kaikissa näissä suhteissa Suomen tilanne on muuttumassa: rajat avautuvat, pitkäaikaistyöttömyys muodostuu pysyväisluonteiseksi ongelmaksi ja moderni nuorisokulttuurin yhdenmukaistuu maapallon laajuisesti.

Alkoholi on yhä merkittävin päihde Suomessa. Enenevää huomiota on kiinnitetty nuorten alkoholin käyttöön ja rajun humalajuomisen haittavaikutuksiin.

Kuvio 81. Vähintään 10 kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana humalassa olleiden opiskelijoiden osuus (1999)



Lähde: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (Can) web site: www.can.se

Alkoholin kulutuksen odotetaan kasvavan tulevina vuosina. Suomen jäsenyys Euroopan unionissa merkitsee muista EU-maista tuotavan alkoholin tuontirajoitusten hölle-
nemistä, joka alkoholiveron alennusten lisäksi oletettavasti lisää alkoholin kulutusta.

Suomen alkoholipolitiikan päätavoite on alkoholin kulutuksesta aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisy ja vähentäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000 – 2003 korostetaan nuorten alkoholin ja huumeiden käytöstä aiheutuvien päihde-ongelmien ehkäisyä. Suomessa on yhä

päihteiden käytön sääntelykulttuuri, jota ei enää esiinny suurimmassa osassa Euroopan unionia.

Asunnottomat ja mielenterveysongelmista kärsivät

Muut pääryhmät, jotka on mainittu Suomen toimintasuunnitelmassa ja joiden katsotaan tarvitsevan erityistä huomiota, ovat asunnottomat ja mielenterveysongelmista kärsivät.

Asunnottomuus on ehkä äärimmäisin sosiaalisen syrjäytymisen muoto. Yhteisraportissa on todettu, että kansallisten toiminta

suunnitelmien asunnottomuutta koskevat tiedot ovat yleensä puutteellisia. Vain muutamassa jäsenmaassa asunnottomien määrästä on annettu arvio. Näissä maissa arviot ovat seuraavat: Tanskassa 4 500, Itävallassa 20 000, joista 3000:lla ei ole suojaa ollenkaan muiden ollessa sijoitetuina tukiasuntoihin, ja Alankomaissa 20 000 – 30 000. On viitteitä siitä, että nuorten, ulkomaalaisperäisen väestön ja mielenterveysongelmista tai päihderiippuvuudesta kärsivien henkilöiden osuus asunnottomista on kasvamassa.

Suomessa asunnottomien määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien. Asunnottomuudesta kärsii noin 10 000 henkilöä ja 800 perhettä. Asunnottomuus on tavallista kasvukeskuksissa, erityisesti Suur-Helsingin alueella. Enemmistön asunnottomista muodostavat tavalliset, usein työssä käyvät miehet, jotka ovat menettäneet kotinsa esim. avioeron seurauksena. Suomen toimintaohjelman tavoitteena on pysäyttää asunnottomuuden kasvu ja kääntää se laskuun vuoteen 2004 mennessä. Tavoitteena on saada aikaan 1000 – 1200 uutta asuntoa asunnottomille. Asunnottomuuden vähentämisohjelmassa on ehdotettu, että asukasvalintaa kehitetään siten, että asunnottomat ja muut erittäin kiireellisessä asunnon tarpeessa olevat priorisoidaan kaikkien omistajatahojen asukasvalinnassa. Ohjelmaan sisältyy myös palvelu- ja tukiasuntojen tarpeen selvitys sekä pyrkimys kehittää tukipalveluja asunnottomille ja muille erityisryhmille.

Suomi oli yksi monista jäsenmaista, jotka nostivat toimintasuunnitelmassaan esille mielenterveyskysymykset. Kaikki ovat yhtä mieltä tarpeesta puuttua mielenterveysongelmiin eri toimenpiteiden avulla, mm. parantamalla paikallista ja alueellista yhteistyötä, kriisiasumispalvelujen saatavuutta sekä terveys- ja sosiaalipalveluiden työntekijöiden erityiskoulutusta.

Suomessa on painotettu mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutusta ja kunnallisen rahoituksen lisäämistä avopalveluiden kehittämiseen sekä huumeriippuvaisten nuorten vieroitushoitoon. Mielenterveys-työn laatusuositusten tavoitteena on palveluiden saannin ja tasalaatuisuuden varmistaminen. Suomen toimintasuunnitelmassa kiinnitetään huomiota myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden parantamiseen. Tarkoitus on parantaa tiedon vaihtoa, lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden avohoidon tukitoimia sekä alueellista yhteistyötä.

Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaiset erilaiset toimintastrategiat

Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma on hyödyllinen Suomelle kahdella tavalla. Ensinnäkin se kokoaa laajasti yhteen kaikki toimenpiteet, jotka on hyväksytty eri hallinnonaloilla köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Toiseksi se osoittaa, että perinteinen universalismiin perustuva sosiaaliturvan malli on hyvä väline torjua köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä.

Suomen suurin haaste on, miten toimintasuunnitelmassa käytetty lähestymistapa ja universaali järjestelmä voidaan sovittaa yhteen. Suomen toimintasuunnitelman perustana olevaa pyrkimystä parantaa tai jaloistaa universaalia tuki- ja palvelujärjestelmää voidaan pitää yrityksenä ratkaista ongelmat kestäväällä tavalla. Samalla kuitenkin myönnetään, että monet köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaisen taistelun haasteet vaativat aikaisempaa painokkaammin aktivoivien ja kohdennettujen toimenpiteiden käyttöä.

Yhteisraportin johtopäätös on, että huolimatta siitä, että kaikki jäsenmaat täyttivät Nizzassa sovitun sitoumuksen, perustuu köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen toiminta hyvin erilaisiin lähestymistapoihin. Erilaisuus on seurausta sosiaaliturvajärjes-

telmien ja köyhyyden ilmenemismuotojen suuresta vaihtelusta jäsenvaltioissa. Samoin yhteisraportti korostaa, että toimintasuunnitelmat eroavat toisistaan merkittävästi siinä, miten hyvin yleinen tavoite rakenteellisten riskien ja haasteiden kattavasta analyysistä saavutettiin sekä siinä, missä määrin onnistuttiin käyttämään pitkän aikavälin strategista näkökulmaa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa politiikassa yhdistettynä integroituun käsittelytapaan.

Suomi painottaa voimakkaasti haluaan pitää pohjoismaisessa hyvinvointivaltion perinteessä. Kuitenkin viimeaikaiset suuntauokset, kuten tarve kiinnittää huomiota uusiin riskitekijöihin sekä työn ensisijaisuuden korostaminen, ovat kehityspiirteitä, jotka eivät välttämättä istu ongelmitta perinteiseen pohjoismaiseen malliin. Nämä piirteet sisältävät tuloerojen kasvun jatkumisen ja terveyserot sekä etuuksien saantioikeuksien sitomisen palkkatyöhön tai työnhakuvelvoitteeseen asumisperuste-

suuden sijaan. Muutokset eivät kuitenkaan merkitse mitään huomattavaa poikkeamaa suomalaisesta sosiaaliturvajärjestelmästä. Suomi on yhä sillä kannalla, että universaalien palveluiden tarjoaminen kaikille on pääratkaisu suurimpaan osaan kohdatuista ongelmista. Kuitenkin uudet piirteet osoittavat, että huolimatta viimeaikaisesta taloudellisesta kasvusta niin Suomessa kuin muissakin EU:n jäsenmaissa, kaikki kansalaiset eivät ole päässeet hyötymään kehityksestä. Myönteisesti ajatellen tämä kehitys kuvastaa jatkuvaa tarvetta ja halua sopeuttaa sosiaaliturvajärjestelmää, etenkin aktivointitoimenpiteiden osalta, kun näyttää siltä, että perinteiset menettelytavat eivät enää tehoa parhaiten köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyyn.

Jää nähtäväksi, missä määrin Suomen kattavaan toimeentuloturvaan ja palvelujärjestelmään perustuva syrjäytymisen vastainen strategia kykenee säilyttämään sosiaalisen syrjäytymisen nykyisen kansainvälisesti matalan tason.

LIITTEET

LIITE 1

SOSIAALITURVAN INDIKAATTORIT

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
I SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS												
Sosiaalimenot												
Sosiaalimenot yhteensä, milj. euroa	22095	27519	28670	29700	30200	31161	31289	31607	32161	33020	34400	36 200
Bruttokansantuote, milj. euroa	87 968	81 895	82 851	87 846	94 953	98 535	106 889	115 969	120 485	131 229	135 200	139 700
Sosiaalimenot BKT:sta, %	25,1	33,6	34,6	33,8	31,8	31,6	29,3	27,3	26,7	25,2	25,4	25,9
Sosiaalimenot, euroa/as, v. 2000 hinnoin	5 316	6 130	6 227	6 354	6 374	6 519	6 448	6 407	6 429	6 370	6 460	6 680
Sosiaalimenojen jakauma kohderyhmittäin												
- sairaus ja terveys	27,5	22,7	20,7	19,7	20,3	20,7	21,3	22,0	22,4	23,1	23,9	23,6
- toimintarajoitteisuus	15,0	14,7	14,7	14,5	14,5	14,3	14,3	13,9	13,8	13,3	13,1	12,8
- vanhuus	28,6	27,3	27,5	27,3	28,1	29,0	29,1	29,5	30,3	30,9	31,7	32,0
- leski ja muut omaiset	4,0	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
- perhe ja lapset	13,0	12,5	11,8	13,3	13,0	12,1	12,3	12,4	12,4	12,1	11,7	11,3
- työttömyys	5,9	12,8	15,6	15,2	14,0	13,5	13,0	11,7	11,0	10,1	9,5	10,4
- asuminen	0,7	1,1	1,1	1,4	1,5	1,2	1,2	1,4	1,5	1,4	1,2	1,2
- muu	1,8	2,2	2,0	2,0	2,0	2,3	2,4	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9
- hallinto	3,5	2,8	2,6	2,8	2,8	3,1	2,7	3,1	2,6	3,1	3,0	3,0
- yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sosiaalimenojen rahoitusosuudet												
- valtio	25,0	29,4	30,3	30,4	29,1	28,3	26,9	25,5	24,7	24,1	23,4	24,2
- kunnat	15,6	15,2	15,1	15,9	16,7	16,2	17,3	18,2	18,8	19,2	19,0	18,7
- työnantajat	44,1	36,7	34,7	33,0	33,7	35,3	35,5	36,6	37,2	37,4	37,5	37,3
- vakuutetut	8,0	10,4	12,3	14,3	13,7	13,1	13,4	12,9	12,8	12,2	12,0	11,8
- rahastojen tuotot	7,3	8,3	7,6	6,4	6,9	7,2	6,8	6,9	6,6	7,1	8,1	8,0
- yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,1	100,0	100,0	100,0

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan menot valtion budjetissa												
STM:n pääluokan menot, milj. euroa	6 548	9 058	9 053	9 007	8 498	8 110	7 559	7 232	7 052	7 277	7 645	8 004
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet												
käyttökustannuksiin, milj. euroa	3 279	3 554	3 459	3 096	3 018	2 682	2 280	2 162	2 134	2 193	2 352	2 515
STM:n pääluokan menojen osuus valtion menoista, %	27,7	28,9	26,6	27,0	24,7	24,1	24,1	22,1	19,8	18,9	22,8	22,7
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot												
Sosiaali- ja terveystoimi, milj. euroa	6 912	7 987	8 411	8 470	8 871	9 326	9 706	9 901	10 201	10 755	11 200	11 400
Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö												
Sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta	232 200	237 500	225 300	228 000	224 600	232 300	235 300	233 700	232 800	237 300	239 000	240 000
- josta naisia, %	90,8	90,8	90,8	90,7	90,9	90,8	90,9	90,9	90,9	90,9		
Valtion velka												
Valtion velka, % BKT:sta	11	34	53	59	64	68	66	61	57	51	46	46
II SAIRAUS JA TERVEYS												
Sairaus- ja terveysmenot (netto) ja niistä tärkeimmät												
Sairaus ja terveysmenot milj. euroa	6 075	6 257	5 949	5 864	6 144	6 462	6 676	6 943	7 196	7 629	8 200	8 550
Toimeentuloturva	1 337	1 288	1 169	1 145	1 201	1 221	1 260	1 337	1 417	1 524	1 580	1 630
- sv. päiväraha	515	533	451	441	424	399	401	422	458	494	520	560
- sairausajanpalkka	690	620	605	590	660	710	740	790	820	890	910	920
Palvelut (nettomenot)	4 739	4 969	4 780	4 719	4 943	5 241	5 416	5 605	5 779	6 105	6 620	6 910
- perusterveydenhuolto	1 880	1 999	1 541	1 572	1 625	1 708	1 663	1 715	1 762	1 881	2 000	2 090
- erikoissairaanhoido	2 063	2 032	2 278	2 177	2 293	2 432	2 549	2 641	2 692	2 791	3 050	3 180
- sv. sairaanhoitokorvaus	661	781	802	811	860	929	1 015	1 072	1 135	1 242	1 370	1 440
Elinajan odote ja imeväiskuolleisuus												
Elinajanodote												
- miehet	70,9	71,7	72,1	72,8	72,8	73,0	73,4	73,5	73,7	74,1		
- naiset	78,9	79,4	79,5	80,2	80,2	80,5	80,5	80,8	81,0	81,0		
Imeväiskuolleisuus (1/1000)	5,6	5,2	4,4	4,7	3,9	4,0	3,9	4,2	3,6	3,8		

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
Sairastavuus												
Sairauspäivärahan saajat	397 900	355 100	293 300	283 200	284 400	275 000	271 800	278 100	286 900	296 300	297 800	299 300
- josta naisia, %	55,1	54,6	54,5	55,1	55,5	56,0	56,0	55,8	55,9	56,0	56,0	56,0
Sairauspoissaolopäivien osuus työpäivistä, %	3,8	3,4	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,5	3,9	3,7	3,7
Ammattitauteihin sairastuneet	9 100	8 000	7 000	6 700	5 800	5 700	5 000	4 800	5 200	5 000		
Lääkemääräyksiä/as.	6,1	6,0	5,9	5,7	6,0	6,3	6,4	6,6	6,8	7,3	7,5	
Hoitopäivät ja -jaksot												
Perusterveydenhuolto, vuodeosastot												
- hoitokaksot/ 1000 as.	51	46	48	51	52	58	57	59	60	62	63	64
- hoitopäivät/1000 as.	1 676	1 544	1 525	1 542	1 571	1 620	1 575	1 595	1 578	1 594	1 600	1 630
Erikoissairaanhoido, vuodeosastot												
- hoitokaksot/1000 as.	162	179	182	183	187	193	194	191	189	189	190	191
- hoitopäivät/1000 as.	1 552	1 464	1 359	1 294	1 242	1 190	1 158	1 093	1 051	1 015	1 000	1 020
Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset												
Korvauksia saaneet (1.000)												
Lääkkeet, peruskorvatut	3 127	3 117	3 057	2 954	3 056	3 123	3 133	3 098	3 136	3 187	3 210	3 230
Lääkkeet, erityiskorvatut 75/100 %	813	834	902	904	895	912	928	942	953	981	1 020	1 050
- josta naisia, %	56,2	57,7	57,4	57,1	56,7	56,5	56,3	56,1	56,0	55,8	56,0	56,0
Yksityislääkäriässä käyneet	1 481	1 340	1 326	1 262	1 302	1 340	1 333	1 360	1 361	1 394	1 476	1 560
- josta naisia, %	65,0	65,6	65,3	65,8	65,5	65,4	65,4	65,6	65,6	65,6	64,8	65,0
Yksityishammaslääkäriässä käyneet	167	215	241	253	269	288	382	666	467	470	628	650
- josta naisia, %	55,6	52,4	50,4	50,8	51,3	51,8	53,9	56,7	54,5	54,1	54,9	55,0
Yksityinen tutkimus ja hoito	845	729	684	635	634	661	675	715	718	739	767	800
- josta naisia, %	66,4	66,4	66,4	66,8	67,7	67,7	67,7	68,1	67,8	67,9	67,5	68,0
Matkat	615	543	485	506	521	553	558	561	564	573	563	565
- josta naisia, %	57,4	56,5	54,4	53,5	54,4	53,3	53,4	53,4	53,6	53,6	53,4	54,0

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
III TOIMINTARAJOITTEISUUS												
Toimintarajoitteisuusmenot (netto) ja niistä tärkeimmät												
Toimintarajoitteisuusmenot, milj. euroa	3 312	4 042	4 210	4 303	4 394	4 447	4 466	4 421	4446	4 406	4 520	4 640
Toimeentuloturva	2 769	3 101	3 426	3 573	3 611	3 664	3 665	3 641	3 533	3 390	3 470	3 540
- työkyvyttömyyseläkkeet	1 869	2 136	2 207	2 214	2 257	2 293	2 342	2 300	2 320	2 354	2470	2 550
- yksilölliset varhaiseläkkeet	351	576	641	686	713	681	610	529	458	393	350	330
- sotilasvammakorvaukset	293	360	340	299	295	288	286	278	269	265	250	250
Palvelut (netto)	543	616	636	692	730	782	825	889	960	1 010	1 050	1 090
- vammaisten laitoshoido	151	156	159	150	135	131	133	128	127	133	140	150
- avopalvelut	253	301	295	345	395	465	502	541	539	571	600	620
- kuntoutuspalvelut	139	159	182	197	200	186	190	220	294	306	310	320
Työkyvyttömyyseläkkeet												
Kaikki työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	300 930	308 540	309 730	310 630	309 510	301 780	294 990	288 050	282 050	276 300	275 900	276 700
- josta naisia, %	47,0	46,7	46,5	46,5	46,6	46,7	46,7	46,8	46,8	46,8	46,8	46,8
Vammaispalvelut												
Kehitysvammaisia laitoshoidossa 31.12.	4 390	4 870	3 630	4 000	3 770	3 650	3 370	3 200	3 000	3 000	3 000	3 000
Kodinhoitoapua saaneet vammaiskotitaloudet vuoden aikana	7 920	7 090	6 120	6 210	7 000	6 970	6 620	6 290	6 580	6 370	6 500	6 600
IV VANHUUS												
Vanhuusmenot ja niistä tärkeimmät												
Vanhuusmenot, milj. euroa	6 312	7 515	7 881	8 099	8 480	9 031	9 096	9 329	9 748	10 199	10 890	11 600
Toimeentuloturva	5 642	6 808	7 142	7 343	7 648	8 127	8 203	8 414	8 769	9 150	9 780	10 440
- vanhuuseläkkeet	5 347	6 448	6 751	6 967	7 272	7 597	7 840	8 056	8 377	8 724	9 320	9 940
Palvelut (netto)	670	707	739	756	832	904	893	915	979	1 049	1 110	1 160
- vanhusten laitoshoido	409	426	449	449	482	486	454	459	483	496	530	550
- avopalvelut	261	281	290	307	350	418	439	456	496	553	580	610
Eri eläkkeiden saajat												
Kaikki vanhuuseläkkeiden saajat 31.12.	737 150	762 570	776 810	789 390	804 060	822 520	836 700	843 900	858 200	869 700	878 300	898 400
- josta naisia, %	63,5	63,1	62,7	62,5	62,3	61,9	61,7	61,5	61,4	61,1	61,0	60,8
Osa-aikaeläkkeen saajat 31.12.	430	1 210	2 260	4 470	5 440	6 100	6 930	10 920	18 280	24 530	31 300	38 200
- josta naisia, %	52,8	57,5	54,4	54,6	53,6	53,1	54,2	54,7	54,1	54,4	54,5	54,5
Vanhuspalvelut												
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	26 620	25 350	24 210	23 410	22 950	22 910	22 270	21 420	21 070	20 660	21 000	22 000
Kodinhoitoapua saaneet vanhustaloudet	124 010	103 780	99 100	91 680	86 750	87 410	85 400	84 820	84 280	82 980	86 000	87 000
Tukipalveluja saaneet, yli 64-vuotiaat	200 170	128 000	109 720	93 950	97 970	99 210	103 300	105 620	103 420	104 740	105 000	107 000

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
V LESKI JA MUUT OMAISET												
Leski ja muut omaiset -menot ja niistä tärkeimmät												
Menot, milj. euroa	890	1 067	1 118	1 130	1 144	1 175	1 208	1 217	1 252	1 281	1 340	1 400
- perhe-eläkkeet	840	1 010	1 066	1 083	1 098	1 136	1 167	1 176	1 210	1 239	1 300	1 350
Perhe-eläkkeiden saajat 31.12.												
Lesken eläkkeen saajat 31.12.	194 780	212 430	220 040	225 050	230 830	238 380	243 450	247 550	250 300	252 800	265 100	271 600
- josta naisia, %	98,2	95,6	94,4	93,5	92,7	92,0	91,3	90,7	90,1	89,6	89,0	89,0
Lapsen eläkkeen saajat 31.12.	28 430	29 080	29 530	29 630	29 340	29 250	29 340	28 880	28 250	28 480	28 400	28 300
VI PERHE JA LAPSET												
Perheet ja lapset -menot sekä niistä tärkeimmät												
Perhe- ja lapset menot, milj. euroa	2 879	3 439	3 378	3 942	3 920	3 775	3 836	3 918	3 993	4 007	4 030	4 100
Toimeentuloturva	1 670	2 204	2 159	2 725	2 615	2 324	2 333	2 356	2 347	2 348	2 350	2 400
- vanhempainpv.rahat	527	635	575	526	507	466	460	456	467	478	500	520
- lasten kotihoidon tuki (sis. kuntien omat)	376	540	543	551	513	343	349	375	361	357	340	370
- lapsilisät	689	933	932	1 531	1 475	1 412	1 410	1 405	1 397	1 387	1 380	1 380
Palvelut (netto)	1 209	1 234	1 219	1 217	1 305	1 434	1 503	1 563	1 646	1 660	1 680	1 700
- päivähoito	988	991	934	930	1 000	1 108	1 159	1 199	1 249	1 229	1 250	1 260
Vanhempainpäivärahan saajia 31.12.												
- äidit	54 910	57 660	57 070	55 210	53 340	51 570	49 870	48 430	48 960	48 570	48 500	48 400
- isät	1 300	1 850	2 050	2 210	1 930	2 210	2 030	2 190	2 810	2 220	2 200	2 200
Lasten kotihoidon tukea saaneita perheitä 31.12.	81 210	92 570	95 820	95 380	84 480	73 980	75 490	74 360	73 030	72 550	70 800	69 600
Lapsia kunnallisessa päivähoitossa 31.12.	200 200	182 300	174 300	180 800	189 900	217 300	219 700	218 500	215 100	200 400	197 000	194 000
VII TYÖTTÖMYYS												
Työttömyysmenot ja niistä tärkeimmät												
Työttömyysmenot, milj. euroa	1 299	3 527	4 476	4 523	420	421	4 061	3 683	3 519	3 345	3 280	3 780
Toimeentuloturva	1 103	3 261	4 213	4 221	3 961	3 900	3 719	3 354	3 187	3 041	2 990	3 490
- peruspäiväraha	145	751	974	863	455	158	138	102	87	83	90	100
- ansiopäiväraha	375	1 833	2 553	2 498	2 187	2 179	1 993	1 591	1 411	1 306	1 190	1 410
- työmarkkinatuki	0	0	0	220	688	896	861	901	894	812	820	1 020
- työttömyyseläkkeet	445	392	389	399	409	403	451	504	567	621	680	740
- koulutustuki	124	192	214	186	190	220	223	194	160	145	130	130
Palvelut	196	267	263	302	260	322	342	330	332	304	290	300
- työvoimapol. aikuiskoulutus	118	175	173	205	158	216	232	202	198	180	160	160
Työttömyys												
Työttömyysaste, %	3,1	11,7	16	16,6	15,4	14,6	12,7	11,4	10,2	9,8	9,2	9,8
- naisten työttömyysaste, %	2,7	9,6	14,4	14,9	15,1	14,8	13,0	12,0	10,7	10,6	9,8	10,3
Työttömien lukumäärä, keskim.	82 000	292 000	405 000	408 000	382 000	363 000	314 000	285 000	261 000	253 000	238 000	254 000

- josta naisia, %	40,2	39,0	42,0	42,6	46,6	48,5	49,0	49,8	50,2	51,8	50,7	51
-------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	----

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
Työttömyyspäivärahan saajat												
Ansioapäivärahapäivät saajat vuoden aikana	171 300	489 300	596 200	544 400	468 200	468 800	418 300	369 800	334 800	296 400	305 400	320 000
- josta naisia, %	51,1	43,3	47,9	50,0	53,0	53,7	55,4	58,3	57,5	58,9	59,2	59
Peruspäivärahan saajat vuoden aikana	126 100	325 900	363 100	280 500	215 300	93 600	58 900	50 800	45 700	42 100	43 650	46 500
- josta naisia, %	40,8	38,5	38,9	39,1	38,4	42,3	41,6	43,4	44,4	45,7	45,9	47
Työmarkkinatuen saajat vuoden aikana	0	0	0	123 600	270 000	314 900	308 600	322 600	311 800	307 500	271 300	294 200
- josta naisia, %				42,7	39,9	41,9	43,7	46,2	47,2	47,9	48,7	49
Työttömyyseläkkeet												
Työttömyyseläkkeen saajat 31.12.	55 490	43 720	42 790	42 960	39 150	41 410	44 860	49 390	52 240	54 290	59 450	61 700
- josta naisia, %	54,9	54,2	52,6	51,8	51,7	51,9	52,0	52,0	52,0	52,4	52,0	52,0
VIII ASUMINEN												
Yleisen asumistuen menot, milj. euroa	161	313	320	411	441	387	365	440	497	454	401	415
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotitaloudet)	110 490	192 830	182 370	227 560	213 820	191 880	184 610	205 590	207 000	170 350	158 460	163 000
IX MUUT												
Muut menot ja niistä tärkeimmät												
Menot, milj. euroa	401	601	581	591	615	710	747	671	664	671	670	680
Toimeentuloturva	208	358	399	415	440	517	540	448	422	421	420	430
- toimeentulotuki (netto)	182	280	337	388	419	489	511	430	401	395	400	400
Palvelut (netto)	193	243	182	176	176	193	207	224	243	250	250	250
- päihdehuolto												
Toimeentulotuki												
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	181 600	258 900	292 600	329 400	339 000	349 600	344 700	313 400	292 000	271 700	260 900	252 000
Tuen keskimääräinen kesto, kk	3,9	3,9	4,3	4,8	5,1	5,4	5,6	5,4	5,4	5,5	5,5	5,5
Alkoholi, tupakka, huumeet												
Päivittäin tupakoivat 15-64 v., %												
- miehet	33	33	29	29	28	28	30	30	27	27	29	
- naiset	20	21	19	19	19	19	20	20	20	20	20	
Alkoholin kulutus, l/asukas												
- tilastoitu	7,7	7,2	6,8	6,6	6,7	6,7	6,9	7,0	7,1	7,0	7,4	
- tilastoimaton	1,2	1,3	1,4	1,4	2,1	2,1	1,9	1,8	1,7	1,8	1,8	
- yhteensä	8,9	8,5	8,2	8,0	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	9,2	
A-klinikat, asiakkaita vuoden aikana	38500	35500	3410	35400	35600	38200	38500	39000	39300	41 800		
Nuorisoasemat, asiakkaista vuoden aikana	3000	2600	2600	2700	2700	3100	3550	3450	4050	4 450		

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
X VÄESTÖN TOIMEENTULO												
Tulot												
Käytettävissä olevat tulot												
henkeä kohti, euroa, v. 2001 hinnoin	11 460	11 240	10 560	10 220	11 010	10 930	11 550	11 930	12 430	12 360	12 770	
(kansantalouden tilinpidon mukaan, myyntivoitot eivät mukana, mutta niistä maksetut verot pienentävät tuloja)												
Tuloerot												
(Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990 = 100 kullakin tulokäsitteellä)												
Tuotannontekijätulot												
(ansiotulot + omaisuustulot)	100	108	115	117	117	118	119	119	120	120		
Bruttotulot												
(tuotannontekijätulot + saadut tulonsiirrot)	100	99	102	101	104	106	110	114	118	122		
Käytettävissä olevat tulot												
(bruttotulot - välittömät verot)	100	99	102	101	105	108	114	119	125	130		
Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990=100 kussakin ryhmässä												
Yksinhuoltajat	100	97	91	91	98	99	97	99	103			
Pari, nuorin lapsi alle 7-vuotias	100	96	94	92	94	95	100	103	105			
Pari, nuorin lapsi 7-17-vuotias	100	93	92	93	95	96	102	106	112			
Vanhustaloudet (yli 65-vuotias)	100	109	110	108	111	114	117	118	124			
Pari, ei lapsia (alle 65-vuotias)	100	94	93	92	94	97	103	108	113			
Yhden hengen talous (alle 65-vuotias)	100	93	94	91	91	94	97	103	105			
Muut	100	97	95	95	98	100	105	108	109			
Köyhyys												
Suhteellinen köyhyysaste	2,5	2,6	2,4	2,2	2,4	2,9	3,0	3,9	3,6	4,0		
(Osuus väestöstä, jotka kotitalouksissa, joiden käytettävissä olevat tulot alle 50 % kaikkien talouksien medianitulosta)												

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002**
XI SOSIAALINEN TURVATTOMUUS												
Itsemurhat, tapaturmiin kuolleet, väkivalta- ja huumeri-												
kokokset												
Itsemurhat	1 512	1 451	1 397	1 387	1 388	1 247	1 322	1 228	1 207			
Tapaturmiin kuolleet	2 815	2 706	2 574	2 584	2 644	2 577	2 729	2 841	2 724			
Väkivaltarikokset	21 424	19 891	19 438	20 735	23 130	25 421	25 777	26 542	27 163	28 878		
(tappo, murha ja surma tai niiden yritys, pahoinpitely ja												
raiskaus)												
Huumausainerikoksen tehneet henkilöt	1 969	2 399	3 063	3 172	3 944	6 059	7 015	8 280	9 287	10 771		
- josta naisia, %	13,4	13,4	13,8	12,5	13,5	14,4	13,8	13,4	14,1	14,6		
Avioerot ja abortit												
Avioerot	13 127	12 949	12 753	13 751	14 025	13 795	13 507	13 848	14 030	13 913	13 452	
Lailliset raskauden keskeytykset	12 232	11 071	10 342	10 013	9 884	10 437	10 238	10 744	10 819	10 930		
Lasten ja nuorten huostaanotot sekä sijoitukset kodin												
ulkopuolelle												
Kodin ulkopuolelle sijoitetut												
- yhteensä	..	9 410	9 670	10 210	10 697	11 124	11 764	12 010	12 224	12 870		
- niistä huostaanotot	..	6 382	6 393	6 403	6 478	6 474	6 803	6 778	6 802	7 316		
Avohuollon piirissä lapsia ja nuoria												
- yhteensä	24 690	27 820	30 690	33 270	35 810	38 630	43 680	49 350		
Elatustuen saajat												
Elatustukea saaneet lapset	73 090	85 580	92 590	98 480	103 100	106 810	107 900	108 500	108 960	107 960	107 900	107600

*) ennakkotieto

**) ennuste

Lähteet: Sosiaali- ja terveysministeriö
Stakes
Tilastokeskus
Työterveyslaitos
Eläketurvakeskus
Kansaneläkelaitos
SOTKA-tietokanta

Keskimääräiset eläke- ja sosiaalivakuutusmaksut ⁽¹⁾

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002*
TYÖNANTAJAT									*
Kansaneläkevakuutus ²⁾	3,41	3,39	3,45	3,24	3,25	3,21	3,16	3,00	2,6
Sairausvakuutus ²⁾	1,91	2,05	2,05	1,77	1,74	1,70	1,69	1,69	1,7
Työttömyysvakuutus ^{2), 3)}	5,40	4,50	2,90	2,91	2,81	2,78	2,53	2,27	2,1
Työeläkevakuutus ⁴⁾	15,60	16,60	16,80	16,70	16,80	16,80	16,80	16,60	16,8
Kuntien eläkevakuutus	18,90	20,30	21,00	20,80	21,20	21,40	21,70	22,20	22,4
VAKUUTETUT									
Palkansaajat	8,32	8,32	7,70	7,90	7,60	7,55	7,20	6,70	6,7
Kansaneläkevakuutus	1,55	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Sairausvakuutus ⁵⁾	1,90	1,90	1,90	1,90	1,50	1,50	1,50	1,50	1,5
Työttömyysvakuutus	1,87	1,87	1,50	1,50	1,40	1,35	1,00	0,70	0,4
Työeläkevakuutus	3,00	4,00	4,30	4,50	4,70	4,70	4,70	4,50	4,4
Eläkeläiset (eläketulosta)	7,45	6,45	4,90	4,90	4,20	3,90	3,20	2,70	1,9
Kansaneläkevakuutus	2,55	1,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Sairausvakuutus ⁵⁾	4,90	4,90	4,90	4,90	4,20	3,90	3,20	2,70	1,9

¹⁾ Vuosikeskiarvoina. Työnantajien maksut sekä vakuutettujen työttömyys- ja työeläkemaksut prosentteina palkoista. Vakuutettujen kansaneläke- ja sairausvakuutusmaksut prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta tulosta.

²⁾ Eri maksuluokkien palkkasummilla painotettu keskiarvo.

³⁾ Palkkasumman mukaan porrastettu työnantajan työttömyysvakuutusmaksu otettiin käyttöön kesken vuotta vuonna 1993. Maksu oli 3,75 % palkoista, jos vuotuinen palkkasumma jäi alle 168 188 euron ja jos palkkasumma oli tätä suurempi, niin maksu oli 6 % koko palkkasummasta. Vuonna 1994 maksu oli 3 % palkkasumman ensimmäisen miljoonan osalta, muuten 6,3 %.

Vuonna 1994 maksuporrastusta muutettiin siten, että maksu oli 3 prosenttia palkkasumman ensimmäisen 168 188 euron osalta ja sen ylittävältä osalta 6,3 prosenttia. Vuodesta 1995 lähtien palkkasummaraja on ollut 840 940 euroa ja maksut ovat olleet seuraavat:

Vuosi	Maksu, kun palkka Summa ≤ 840 940 €, %	Maksu, kun palkka- summa > 840 940 €, %
1995	2,0	6,1
1996	1,0	4,0
1997	1,0	4,0
1998	0,9	3,9
1999	0,9	3,85
2000	0,9	3,45
2001	0,8	3,1
2002	0,7	2,7

⁴⁾ TEL-maksu

⁵⁾ Vuosina 1991–1998 perittiin korotettua sairausvakuutusmaksua, kun kunnallisverotuksessa verotettava tulo ylitti 13 455 euroa (80 000 mk). Korotettua maksua perittiin tulorajan ylittävältä tulon osalta. Korotus vaihteli seuraavasti:

Sairausvakuutusmaksun	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
korotus, %-yksikköä	1,0	1,5	1,5	1,9	1,9	1,45	0,45	0,45

- 2002: 1 Juhani Iivari, Keijo Piirainen, Aki Siltaniemi. Sosiaalinen luototus - vaikuttavuus- ja kokonaisuusarviointi. Sosiaalisen luototuksen evaluaatiotutkimuksen raportti II.
ISBN 952-00-1079-3
- 2 Sosiaaliturvan suunta 2002.
ISBN 952-00-1093-9